



14 e 15 de maio

Campus Olezio Galotti - Três Poços

**Urgência e Emergência**

# ANAIIS DO CONGRESSO



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**

**Anais do Congresso do Curso de  
Medicina do UniFOA**

**Urgência e Emergência**

**Maio/2015**

**FOA**

## EXPEDIENTE

### FOA

#### Presidente

Dauro Peixoto Aragão

#### Vice-Presidente

Jairo Conde Jogaib

#### Diretor Administrativo - Financeiro

Iram Natividade Pinto

#### Diretor de Relações Institucionais

José Tarcísio Cavaliere

#### Superintendente Executivo

Eduardo Guimarães Prado

#### Superintendência Geral

José Ivo de Souza

### UniFOA

#### Reitora

Claudia Yamada Utagawa

#### Pró-reitor Acadêmico

Dimitri Ramos Alves

#### Pró-reitor de Pesquisa e Pós-graduação

Marcello Silva e Santos

#### Pró-reitor de Extensão

Otávio Barreiros Mithidieri

### EDITORA FOA

#### Editora Executiva

Flávia Lages de Castro

#### Correção de Língua Portuguesa

Maria Aparecida Rocha Gouvêa

#### Capa e Editoração

Laert dos Santos Andrade

### Editora FOA

[www.unifoa.edu.br/editorafoa](http://www.unifoa.edu.br/editorafoa)

### FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

C718 Congresso do Curso de Medicina do UniFOA.  
Anais do Congresso do Curso de Medicina do UniFOA,  
14 e 15 de maio de 2015, Centro Universitário de Volta  
Redonda [recurso eletrônico]: urgência e emergência /  
organizado por Mauro Tavares, Marcia Dorcelina Cardoso,  
Sérgio Elias Vieira Cury, et al. [realização FOA, UniFOA,  
CREMERJ] – Volta Redonda: FOA, 2015.

ISBN: 978-85-60144-86-0

1. Medicina - congresso. I Tavares, Mauro. II. Cardoso, Marcia  
Dorcelina. III. Cury, Sérgio Elias Vieira. IV. Fundação Oswaldo  
Aranha. V. Título.

CDD – 610

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

Mauro Tavares  
Marcia Dorcelina Cardoso  
Sérgio Elias Vieira Cury  
Geraldo Cardoso  
Márcio Antonio Arbex  
Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca  
Alex Monteiro Leal da Paixão  
Lara Danielli Nowak  
Juliana Annete Damasceno  
Simone A. G. G. da Costa Prado  
Anna Clara Bonifácio Teixeira de Souza  
Marina Gomes Martins de Freitas  
Dyego Waldeck Monteiro Britto  
Lucas Rabelo Silva Puccini  
Mara Gonçalves Pinto Giffoni

## **COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sabrina Guimarães Silva  
Gabriela Girão de Albuquerque  
Carlos Alberto Sanches  
Rodrigo Cesar Carvalho Freitas  
Marise Ramos de Souza Oliveira  
Marcos Guimarães de Souza Cunha

## **COMISSÃO DISCENTE**

Ana Cristina Doles Godoy  
Anna Clara Bonifácio Teixeira de Souza  
Eduardo Massahide Kawakami Kiryu  
Beatriz Rabello  
Camila de Fatima de Moraes Ferreira  
Glenda Alves Pereira de Oliveira  
Islaine Barbosa Magalhães  
Kauê de Moura Germano Cabral  
Lucas Rabelo Silva Puccini  
Luiza Alves de Almeida  
Mara Gonçalves Pinto Giffoni  
Mariana Padua do Amaral  
Marina Gomes Martins de Freitas  
Rafael Langoni Linhares  
Thiago Carceres Ferreira de Carvalho  
Ramon Magalhães Coelho  
Yolanda Fernandes Malta  
Dyego Waldeck Monteiro Britto  
Antonio Guilherme do Paço Baylão

## SUMÁRIO

O auxílio da Ressonância Nuclear Magnética no diagnóstico da Esclerose Múltipla..9	
Aleitamento Materno .....	11
Projeto Helpé: manejo clínico em pacientes com pé diabético, na UBSF São Geraldo, em Volta Redonda/RJ.....	13
“O que eu era e o que eu sou”: alterações dermatológicas do Lúpus Eritematoso Sistêmico e seu impacto psicossocial .....	15
Sexualidade na adolescência: conhecimento e conflitos em lidar com o tema .....	17
Implantação de Mídias Sociais como TICs e como ferramenta de aprimoramento do processo de ensino e aprendizagem do Curso de Medicina do UniFOA após 3 anos de experiência .....	19
Trabalho de aluno para aluno - TAPA.....	21
Acolhimento ao paciente diabético na Unidade Básica de Saúde da Família do Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ .....	23
A humanização como fio condutor dos cuidados paliativos: abordagem psicossocial .....	26
Síndrome de Löeffler e Pseudo-obstrução Intestinal Secundária à Ascaridíase .....	29
Doença de Wernicke: um relato de caso.....	32
Relato de caso clínico: Meningite Criptocócica e Imunodeficiência de IL - 12 .....	34
Política de atendimento nacional de atenção integral às pessoas com doenças raras: conceitos e diretrizes.....	37
Insuficiência renal crônica e o uso de anabolizantes: informação e prevenção .....	40
Edema agudo de pulmão após infarto agudo do miocárdio .....	42
Icterícia Neonatal: do aleitamento materno e do leite materno .....	45
Relato de caso: Prolapso Retal.....	47
Alterações neuropsicológicas causadas pelo uso crônico da cocaína .....	49
Doenças renais policísticas: relato de caso e revisão de literatura .....	52
Relato de caso: toxicidade pulmonar pela amiodarona.....	56

Prognóstico de Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) em adolescentes .....	59
Anestesia e Analgesia por meio da hipnose.....	61
Relato de caso: dissecação de aorta .....	63
A importância da avaliação oftalmológica continuada, do recém-nascido ao lactente, para o bom desenvolvimento visual. ....	65
A importância do iodo na alimentação .....	67
Manifestações neuropsiquiátricas do Lúpus Eritematoso Sistêmico .....	70
As novidades na cirurgia de Catarata .....	72
Ruptura de Varizes Esofagianas Secundárias à Doença Hepática Alcoolica .....	74
Tratamento conservador de Apendicite Aguda Complicada com abscesso cavitário e drenagem guiada por TC: relato de experiência em um hospital público de ensino .	76
Relato de caso: Pneumotórax Espontâneo .....	79
Avaliação do índice de massa corporal em crianças de dois a dez anos de duas escolas da Rede Pública de Volta Redonda-RJ.....	81
Síndrome de <i>Dumping</i> após Cirurgia Bariátrica .....	83
Interferência da religiosidade na qualidade de vida do paciente oncológico .....	85
A comunicação do câncer na oncopediatria: um desafio na práxis médica .....	88
Tumor de Klatskin: relato de caso e revisão de literatura.....	91
Avaliação do perfil antropométrico de professores do Ensino Superior e sua correlação com a percepção da autoimagem corporal.....	93
Relato de caso: pneumonia bacteriana na infância complicada com derrame pleural .....	95
Ectoparasitoses brasileiras hiperendêmicas .....	98
Policitemia Vera .....	101
Paciente com doença renal crônica devido a cálculo ureteral.....	104
Abordagem da Febre de Origem Obscura Clássica (FOO).....	106
Conjuntivite em neonato com ênfase na importância da prevenção .....	109
Assistência ao pré-natal: sistema de saúde coletiva .....	112

Análise da adesão ao tratamento de diabetes mellitus em pacientes da UBSF Jardim Cidade do Aço de Volta Redonda-RJ.....	114
Abordagem cirúrgica de Tumor Invasivo Colorretal: um relato de caso .....	116
Conduta e manuseio da Sífilis em gestante com sequelas de Sífilis: um relato de caso.....	118
Anemia perniciosa em uma escolar .....	120
Uso de antibiótico em Otite Média Aguda .....	122
A diminuição da mortalidade por Câncer de Mama associada à sua detecção precoce por mamografia .....	125
Relato de caso: Embolia Pulmonar .....	127
Relato de caso: reversão da Técnica de Lazzarotto & Silva em paciente portador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida com quadro de diarreia crônica.....	130
Relato de caso: Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível de ST refratário à Angioplastia Coronária Percutânea Primária, seguido de revascularização do Miocárdio.....	133
Síndrome Metabólica na infância e adolescência .....	135
A importância da inserção do tema cuidado paliativo na grade curricular das universidades .....	138
Hipotireoidismo Congênito: triagem neonatal.....	141
Análise do impacto de uma ação em educação em saúde sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) em uma escola de formação de professores: projeto de pesquisa .....	143
Endocardite Infecciosa .....	145
Avaliação da Acuidade Visual em escolares de uma Escola Pública de Volta Redonda-RJ .....	147
Relato de caso de Leucemia Mieloide Aguda em adolescente e importância do diagnóstico precoce .....	150
Uso de métodos contraceptivos em adolescentes do sexo feminino: estudo na Escola Estadual Brasília, no município de Volta Redonda-RJ .....	153
Estudo da Hipotermia Terapêutica na Medicina.....	156

Déficit de crescimento por ação hormonal .....	159
Hipertensão Renovascular .....	161
Lipossarcoma Gigante de Retroperitônio .....	163
Tratamento Laparoscópico de Hemoperitônio Secundário à ruptura de Cisto Anexial na emergência de um hospital público .....	166
Transtorno de Espectro Autista .....	169
Publicidade para prevenção da gravidez na adolescência.....	172
Humanização e hospitalidade por meio da hotelaria: estratégias para administração hospitalar.....	175
Uso de Redes Sociais para avaliação da prevalência de Cefaleia em estudantes de Medicina do UniFOA .....	178
Síndrome Mão-pé-boca: relato de caso. ....	181
Relato de caso: Acidente Vascular Encefálico .....	184
Coma Alcoólico: uma abordagem bioquímica na urgência e emergência.....	187
Doenças Renais Policísticas: relato de caso e revisão de literatura .....	189
Fatores perinatais associados à reanimação neonatal de recém-nascidos (RN) que seguem para alojamento conjunto .....	192
Apendagite Epiplóica: aspectos clínicos e importancia da tomografia computadorizada para diagnóstico.....	195
Análise antropométrica em crianças entre 4 e 5 anos de idade e propostas de estratégias preventivas .....	198
Insuficiência Cardíaca Congestiva Descompensada, manejo e prognóstico: relato de caso.....	201
Osteomielite Vertebral, investigação diagnóstica e manejo clínico: relato de caso.	203
Relato de caso: obstrução intestinal por intussuscepção de Divertículo de Meckel em lactente.....	205
Atualização dos escores de risco cardiovascular .....	208
Crise hemolítica em paciente com Esferocitose Hereditária .....	211
A morte está em nossas mãos .....	214



Diferentes usos do ultrassom na terapia da Doença de Alzheimer .....	217
Esquizofrenia Revista: da fisiopatologia ao tratamento .....	220
Relato de caso: Adenoma de Hipófise no diagnóstico diferencial de prolactinoma.....	222
Artrite Reumatóide Inicial: diagnóstico e tratamento precoce .....	225
Diagnóstico diferencial e tratamento dos choques hipovolêmico e neurogênico.....	227
Farmacodermia induzida por carbamazepina: relato de caso .....	230
Abcesso Hepático Piogênico: relato de caso .....	233
Humanidades em Medicina: uma aliança necessária .....	236
Suplementos alimentares: mitos e verdades.....	238
A influência do teor de cafeína das bebidas energéticas sobre a pressão arterial..	240
Sala de espera: um lugar de promoção da saúde.....	243
Relato de caso clínico: Síndrome de Guillain-barré .....	246
Tratamentos e adaptação psicológica do paciente amputado com Síndrome do Membro Fantasma .....	249
Indicações do uso de glicocorticoides na sepse grave e no choque séptico: consensos e controvérsias .....	252
Principais tipos de resistência bacteriana e os testes laboratoriais para sua detecção como auxílio na prática clínica .....	254
Síndrome de Williams .....	256
Febre Chikungunya.....	258
Tratamento do Choque Anafilático por epinefrina .....	261
Aspectos genéticos e hereditários da Doença de Alzheimer.....	263
Avaliação da resposta patológica completa como fator prognóstico em Câncer de Mama em UNACOM da Região Sul Fluminense.....	265
Infecção urinária em crianças com ênfase em diagnóstico e tratamento .....	268
Malária .....	274



## O AUXÍLIO DA RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA NO DIAGNÓSTICO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

*Alana Rafaela Silva Guimarães de Souza; Cinthia Lana dos Santos Moreira;  
Juliano Guimarães de Oliveira; Gustavo Jun Osugue.*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A Esclerose Múltipla é uma doença crônica de caráter dismielinizante do sistema nervoso central. O diagnóstico feito a partir dos achados clínicos do paciente, que, geralmente, apresenta sua doença em surtos episódicos e, com o passar do tempo, esses episódios vão apresentar um menor intervalo de tempo entre eles. O uso da ressonância nuclear magnética após alguma síndrome isolada, caso revele lesões padrões da doença, indica que o paciente tem 85% de chance de desenvolver a doença.

**Objetivos:** Demonstrar como a ressonância nuclear magnética pode auxiliar na descoberta de possíveis casos de esclerose múltipla em paciente que já apresentaram alguma síndrome clínica isolada.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo revisional em casos clínicos de pacientes com esclerose múltipla que foram diagnosticados precocemente, devido ao auxílio da ressonância, que revelou lesões padrão, apesar de o paciente não apresentar toda a sintomatologia e não estar em uma fase avançada da doença.

**Resultados:** Foi constatado que, quanto mais precocemente a Esclerose Múltipla é diagnosticada, melhor o prognóstico e padrão de vida vai apresentar o paciente.

**Discussão:** Quando é necessário o uso da ressonância nuclear magnética em pacientes que apresentarem um padrão de síndrome clínica isolada condizente com um quadro de esclerose múltipla, levando em consideração o valor do exame.

**Conclusão:** É necessário identificar as síndromes clínicas isoladas que denunciam uma possível esclerose múltipla, principalmente quando se tratar de uma neurite óptica retrobulbar, utilizando-se a ressonância como exame complementar para procurar lesões e prevenir uma possível evolução da Esclerose Múltipla.

**Palavras-chave:** Esclerose múltipla; ressonância magnética.



## REFERÊNCIAS

ALTER, M. *et al.* Esclerose múltipla em Israel: prevalência entre os imigrantes e habitantes nativos. **Arch Neurol**, v. 7, p. 253-263, 1962.

FRANCIS, G.S. Neuroimagem na esclerose múltipla. **Neurol Clin**, v. 13, p. 147-171, 1995.

GEBARSKI, S.S. *et al.* O diagnóstico inicial da esclerose múltipla: impacto clínico da imagem da ressonância magnética. **Ann Neurol**, v. 17, p.469-474, 1985.

KURTZE, J. F. *et al.* Estudo sobre a história natural da esclerose múltipla: Achados clínicos e laboratoriais no primeiro diagnóstico. **Acta Neurol Scand**, v. 48, p. 16-46, 1972.

LUKES, S.A. *et al.* Imagem da Ressonância Magnética na Esclerose Múltipla. **Ann Neurol**, v.13, p.592-601, 1983.

SIMON, J.H. *et al.* Determinação quantitativa na Esclerose Múltipla da atrofia do corpo caloso *in vivo* usando a imagem da ressonância magnética. **AJNR Am J Neuroradiol**, v. 8, p. 599-604, 1987.



## ALEITAMENTO MATERNO

*Alana Rafaela Silva Guimarães de Souza; Enara Puebla da Nóbrega;  
Cinthia Lana dos Santos Moreira; Marcia Dorcelina Trindade Cardoso.*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O Aleitamento exclusivo materno durante os primeiros seis meses de vida diminui a mortalidade e ainda previne diversas doenças, como: diarreia, infecções respiratórias, doenças imunoalérgicas, gastrointestinais, cardiovasculares, entre outras, e também ajuda no desenvolvimento da cavidade oral, além de conferir o estímulo psicoafetivo à criança.

**Objetivos:** Incentivar o profissional da saúde que está acompanhando a gestação a orientar a gestante sobre o aleitamento materno.

**Metodologia:** Através de dados epidemiológicos, demonstrar a importância do aleitamento materno e como este protege a criança de muitas enfermidades. Além da preparação psicológica da mãe para amamentar, o profissional de saúde deve ensinar técnicas de amamentação, com o objetivo de prevenir as intercorrências, geralmente, associadas à técnica incorreta.

**Resultados Desejados:** Conscientizar os futuros profissionais de saúde sobre a importância da orientação sobre a amamentação durante a gestação.

**Discussão:** Quais são as consequências positivas da amamentação e por que ela deve ser incentivada desde a gestação e reforçada em cada consulta.

**Conclusão:** O profissional de saúde que acompanha a gestante tem o dever de, durante todo pré-natal, instruir a mãe sobre a importância da amamentação, ensinando-a técnicas e sempre a lembrando sobre as consequências positivas.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; ensino; profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

AIRES, V. L. T. **Práticas pediátricas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2006, p. 692.



BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. 1. ed. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, n. 23, 2009, p. 112.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: bases científicas para a prática profissional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 452.

KLIEGMAN, R. M. *et al.* **Nelson textbook of pediatrics**. 18. ed. Philadelphia: Saunders, 2007, p. 3147.

LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. **Tratado de pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2. ed. Barueri: Manole, 2010, p. 3000.

QUELUZ, M. C. *et al.* Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, 2012.

## PROJETO HELPÉ: MANEJO CLÍNICO EM PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO, NA UBSF SÃO GERALDO, EM VOLTA REDONDA/RJ

*Mariana Mansour; Thamiris Azevedo; Allexia Soares, Bianca Silva; Nádia Carneiro.*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Chamamos de pé diabético qualquer lesão e/ou alteração em pernas e pés em paciente portadores de diabetes melito (DM). Segundo dados da SMS de Volta Redonda, em 2007, constam 6.074 pessoas no Programa de Diabetes. Destes, 46,5% desconheciam o fato de serem portadores de diabetes. Cinquenta por cento das amputações não traumáticas de membros inferiores são atribuídas ao diabetes e o risco de amputação é 15 vezes maior nessa população.

**Objetivos:** Projeto “Helpé” tem o objetivo de fornecer orientação aos que integram as equipes de saúde de forma multidisciplinar, facilitando o manejo dos pacientes diabéticos que apresentam complicações do pé diabético.

**Métodos:** Realizado estudo transversal, com coleta de dados sobre os pacientes, acerca do tratamento de pé diabético, informações foram levantadas sobre o manejo desses pacientes através da visita ao Polo do Pé Diabético; realizada, também, orientação da equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde sobre o manejo desses pacientes, apresentando um fluxograma da classificação de risco e manejo do pé diabético, juntamente com palestra para a população em relação ao autocuidado com os pés.

**Resultados:** Deve-se programar, cada vez com mais foco e responsabilidade, o manejo adequado dos eventos de um pé diabético. Antigamente era proposto um polo propriamente dito, centralizado, composto por toda uma equipe multidisciplinar, que oferecia todo o apoio que uma complicação do pé diabético requer. Hoje esse serviço foi descentralizado, com o intuito de expandir os serviços. O serviço não foi eficiente, visto que a proposta não foi posta em prática e, com isso, tanto os pacientes, quanto os próprios profissionais atuantes perderam o apoio de um serviço especializado no tratamento do pé diabético.

**Conclusão:** Observou-se a falta de informação e comunicação entre as próprias unidades, pois o objetivo do polo do pé diabético é intermediar todo o processo,



visando ao manejo mais adequado e consequências mais favoráveis no desfecho de cada paciente.

**Palavras-chave:** Pé diabético; diabetes melito; Helpé.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Clinical Practice Recommendations 2003**. Diabetes Care, v. 200, n. 26, p. 151-156, 2003.

BORTOLETTO, M. S. S.; HADDAD, M. C. L.; KARINO, M. E. Pé diabético, uma avaliação sistematizada. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v.13, n.1, p.37-43, jan./abr. 2009.

BRASILEIRO, J. L. Pé diabético: aspectos clínicos. **J Vasc Br**, Campo Grande, v. 4, n. 1, 2005.

CAIAFA, J. S. **Atenção ao paciente com pé diabético**. Rio de Janeiro: v. 2, n. 1, 2003.

CARVALHO, C. B. **Pé Diabético: Análise Bacteriológica de 141 Casos**. Fortaleza.



## “O QUE EU ERA E O QUE EU SOU”: ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E SEU IMPACTO PSICOSSOCIAL

*Allexia Lacerda Soares; Bianca Quintas da Silva; Camila Cruz Leijoto;  
Gabriela Girão de Albuquerque.*

*Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.*

**Introdução:** O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença inflamatória crônica, de causa ainda desconhecida e de natureza autoimune. Pode evoluir com manifestações dermatológicas, incidindo mais frequentemente em mulheres jovens, em fase reprodutiva (SATO et al., 2004). O envolvimento dermatológico gera insatisfações tanto estéticas como psicológicas nos pacientes acometidos. Este trabalho objetiva analisar como o indivíduo portador de Lúpus Eritematoso Sistêmico constrói sua própria identidade pessoal e social frente à doença, presumindo que as alterações visíveis compreendem uma importante forma de visualização e distorção da autoimagem.

**Objetivos:** O presente trabalho tem o objetivo de compreender as alterações dermatológicas provocadas pela doença referida. Em face disso, a questão central busca a associação das alterações dermatológicas relacionadas ao Lúpus Eritematoso Sistêmico e sua repercussão psicossocial.

**Metodologia:** É um estudo de natureza qualitativa que visa analisar as alterações dermatológicas relacionadas à imagem corporal no Lúpus Eritematoso Sistêmico. A estratégia utilizada será uma entrevista realizada na Policlínica de Especialidades Doutor André Sarmiento Bianco, do UniFOA, que possui pacientes em atendimento ambulatorial para a devida doença. O critério para seleção dos participantes será: ser portador do LES, estar em atendimento laboratorial, residir na cidade de Volta Redonda – RJ ou Barra Mansa – RJ e ter disposição para participar da pesquisa. Serão entrevistados 10 participantes que assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como requerido pelo Comitê de Ética. As entrevistas serão feitas individualmente, gravadas em áudio, para posterior transcrição e análise, garantindo o absoluto sigilo das informações. Serão incluídos livros acadêmicos e artigos científicos de revisão em bases de dados como do Scielo, Pubmed, Google





acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde sobre o tema abordado, a fim de se obter um respaldo teórico.

**Resultados Esperados:** Espera-se realizar o mapeamento das importantes alterações físico-emocionais relacionadas ao Lúpus Eritematoso Sistêmico, justificado pelo pressuposto de que a imagem corporal representa o sistema simbólico que forma a identidade pessoal e social (ANDRADE, 2003) e compreender como as alterações dermatológicas causadas pelo Lúpus Eritematoso Sistêmico constituem importante forma de visualização e distorção da autoimagem. Acredita-se que, nessa relação dialógica, possibilitada pela entrevista, os maiores beneficiados devem ser os próprios participantes da pesquisa, decorrente da necessidade dos pacientes de compartilhar informações e experiências, bem como buscarem melhores formas de tratamento. O papel do profissional da saúde deve não apenas se ligar ao diagnóstico e tratamento, mas também se propor a ouvir e acolher o sujeito, propiciando uma reflexão sobre sua experiência e auxiliando na elaboração dos seus sentidos.

**Palavras-chave:** Lesões cutâneas; aspecto psicossocial; lúpus eritematoso sistêmico.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. Saúde e beleza do corpo feminino algumas representações no Brasil do século XX. **Movimento**. 2003.

SATO, E. I. *et al.* Lúpus eritematoso sistêmico: tratamento do acometimento cutâneo/articular. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo , v. 44, n. 6, Dec. 2004.

[allexialacerda@hotmail.com](mailto:allexialacerda@hotmail.com)



## SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: CONHECIMENTO E CONFLITOS EM LIDAR COM O TEMA

*Amanda Pratti Ferreira; Christine Justo da Costa; Maria Eduarda Alves Pio;  
Priscila dos Santos Mageste; Miriam Salles Pereira.*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Adolescência (10 a 19 anos - OMS) é a fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta. Caracteriza-se por alterações em nível físico, psíquico e social, sendo justamente o período em que se inicia a vida sexual, com possível exposição a diversas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (RODRIGUES, 2010). A expressão DSTs é usada para descrever as doenças que se disseminam principalmente pelo contato íntimo (DECHERNEY; NATHAN; CURRENT, 2005). Os adolescentes tornam-se vulneráveis a DST pelas características inerentes da idade. As DSTs trazem diversas consequências, como o elevado risco de infertilidade feminina e masculina, de disfunção sexual, de chance de contaminação pelo vírus HIV e transmissão, na gestação, da mãe para o filho, e aumentam, também, as chances de câncer de colo uterino (GIFFIN; HAWKER, 1999), caso não sejam tratadas corretamente.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo é verificar o nível de conhecimento de adolescentes escolares de ambos os sexos, no que se refere à vida sexual, aos cuidados com a saúde sexual, incluindo os métodos contraceptivos e, principalmente, as DSTs.

**Metodologia:** Será realizado um estudo do tipo transversal nas escolas do Município de Pinheiral, no interior do Rio de Janeiro, destinado a estudantes adolescentes dessas escolas com a faixa etária de 14 aos 18 anos, apesar de a adolescência, segundo a OMS, corresponder dos 10 aos 19 anos, que participarão voluntariamente do estudo. Também serão feitas palestras com o âmbito socioeducativo. Na realização do estudo serão respeitados os preceitos éticos e legais, baseados na Resolução CNS-196/96.

**Discussão:** Espera-se com este trabalho avaliar o nível de conhecimento em relação às DSTs de jovens, de ambos os sexos, na faixa etária de 14 a 20 anos, de escolas públicas e particulares, e pacientes frequentadores do UBSF do município



de Pinheiral, relacionando os dados com a idade e o nível de escolaridade. E também proferir palestras direcionadas, em função do resultado da pesquisa, concluindo o estudo como agregador de conhecimento, visando à promoção, prevenção e proteção à saúde sexual, e, como consequência da educação sexual, diminuição da gravidez na adolescência.

**Palavras-chave:** Doenças sexualmente transmissíveis (DST), adolescência, HPV.

## REFERÊNCIAS

DECHERNEY, A. H.; NATHAN, L.; CURRENT, N. **Obstetrícia e ginecologia**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIFFIN, K.; HAWKER, S. C. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RODRIGUES, M. J. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na Adolescência. **Nascer e Crescer**, v. 19, n. 3, p. 200, 2010.



## IMPLANTAÇÃO DE MÍDIAS SOCIAIS COMO TICS E COMO FERRAMENTA DE APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM DO CURSO DE MEDICINA DO UNIFOA APÓS 3 ANOS DE EXPERIÊNCIA

*Renata Magrani Junqueira; André Ferraz Fonseca; Mauro Cezar Tavares de Souza, Bruna Casiraghi; Márcio Antônio Arbex; Rodrigo Cesar Carvalho Freitas.*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Vários estudos demonstram que o jovem brasileiro, postulante a ingressar no ensino superior é um nativo digital e passa horas diárias em frente a computadores, tablets e smartphones conectado às mídias sociais. Não seria interessante transformar todo esse interesse em motivação de estudo?

**Objetivo:** Implantar uma rede social acadêmica digital (RSAD) restrita a discentes, docentes e colaboradores do curso de medicina do UniFOA (MedFOA) e construir um espaço virtual de aprendizagem. Além disso, pretendemos criar parâmetros para demonstrar como o uso da RSAD, que é uma TIC, pode influenciar no desempenho dos alunos ao longo do ano letivo.

**Relato de experiência:** Um aluno pode ficar conectado 1 hora por dia em uma mídia social como a RSAD, o que poderia somar, no final do ano, em até 300 horas de exposição contínua de conteúdos educacionais. Com essa motivação, temos hoje mais de 300 membros ativos que produzem, compartilham e discutem conteúdos técnicos e vivenciais que abarcam as mais diversas áreas de conhecimento. Todo esse processo foi mediado e acompanhado por docentes e está registrado, no período de 1 ano, em mais de 700 fotos, 500 vídeos e 1000 mensagens de blog produzidas.

**Resultados:** Através dos dados gerados pelo Google Analytics, quantificamos as horas que cada aluno passou conectado à rede, o número de páginas que visitou e enumeramos os conteúdos que foram produzidos, acessados e compartilhados, constatando que a RSAD foi aceita pelos alunos e se tornou um instrumento da prática diária de estudo.

**Conclusão:** Este projeto tem como perspectiva ratificar o uso de mídias sociais como uma ferramenta TIC, tecnologia de informação e comunicação, para o



aprimoramento do processo de ensino no MedFOA. O uso dessas mídias pode atrair a atenção dos alunos, aumentar o tempo de estudo, levando-os não apenas a tirar boas notas, como também a gostar de estudar e aprender.

**Palavras-chave:** Mídias sociais; educação médica; metodologia de ensino.

## REFERÊNCIAS

MORA, J. M., MASETTO T. M., BEHRENS M. A. **Novas tecnologias e mediação pedagógicas**. 19. ed. Campinas: Papyrus, 2012.

TOMAÉL, M. I.; ALCARÁ, A. R.; CHIARACI, I. G. D. Das redes sociais à inovação. *Inf.*, Brasília, v. 34, n. 2, p.93-104, maio/ago. 2005.



## TRABALHO DE ALUNO PARA ALUNO - TAPA

*Amanda Rangel Macedo Sarzedas; Guilherme Henrique Novaes de Souza;  
Guilherme Henrique Pento dos Santos; Otavio Cabral Coelho;  
Stéfanie Maria Moura Peloggia; Tassio de Faria Huguenin;  
Rodrigo César Carvalho Freitas; Bruna Casiraghi*

*Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda*

**Introdução:** O Trabalho de Aluno para Aluno – TAPA é um projeto que visa o auxílio aos alunos ingressantes no curso de medicina do UniFOA no processo de aprendizado, principalmente de pensamento clínico. O uso da Metodologia Ativa, que coloca o aluno que está aprendendo como principal responsável por seu aprendizado, e a integração dos diversos conteúdos do curso, possibilita uma melhor compreensão e uma maior conexão com a prática clínica.

**Objetivo:** As atividades realizadas favorecem não só que os alunos ingressantes estejam prontos para encarar os conteúdos que se seguirão no módulo, aumentando suas capacidades de entendimento quanto aos casos clínicos, mas também a preparação destes para a realização de atividades práticas, como a Avaliação Prática de Habilidades – APH, através da simulação de provas práticas.

**Relato de Experiência:** No decorrer do primeiro período do ano corrente, foram realizadas atividades com os alunos do Módulo 1, sendo apresentados, a eles, Casos Clínicos e, a partir disso, problematizando assuntos relacionados com os conteúdos que estavam sendo ministrados pelos professores durante a semana, colocando diante deles a importância de cada conteúdo para a prática clínica. Ao final do primeiro bimestre, os integrantes do TAPA realizaram uma simulação do que seria a principal avaliação prática, a APH. Diante de um caso clínico relacionado com os conteúdos estudados e com o auxílio do coordenador do módulo, os alunos realizaram uma atividade muito parecida com o que é realizado no dia da prova, desde o momento da leitura dos casos clínicos, até a realização das atividades práticas em si. Ao final da atividade, foram discutidas as questões com os alunos, seguidas de correção da avaliação. Em momento seguinte, realizou-se a entrega das avaliações, destacando-se as dificuldades da turma.



**Resultados:** No decorrer do projeto, foi estabelecido um bom vínculo entre os alunos do módulo 1 e os realizadores das atividades de apoio, favorecendo o auxílio e a retirada de dúvidas dos discentes. Dessa forma, tornou-se possível uma melhor compreensão das atividades propostas pelo currículo do curso e a integração dos conteúdos acadêmicos pelos ingressantes do primeiro período.

**Conclusão:** A partir dessas atividades, foi possível não só que os acadêmicos se adaptassem melhor a forma como serão avaliados os conteúdos práticos do módulo, mas também uma forma de melhorar o aprendizado, possibilitando uma experiência significativa para os alunos como um todo.

**Palavras-chave:** Medicina; educação médica; metodologia ativa.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SOUZA, P. A.; ZEFERINO, A. M. B.; DA ROS, M. A. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Rev bras educ med**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 21-25. 2011.





## ACOLHIMENTO AO PACIENTE DIABÉTICO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO SÃO GERALDO, VOLTA REDONDA/RJ

*Ana Clara Oliveira; Fernanda Bertoldo; Fernanda Tolomelli; Isabela Ribeiro; Paula Machado; Thamires Noronha; Geraldo de Assis Cardoso; Sônia Cardoso Moreira.*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.*

**Introdução:** O Diabetes Mellitus (DM) é hoje um importante problema de saúde pública em razão de sua alta incidência e prevalência, sendo o Brasil o décimo país do mundo com maior população de pessoas diabéticas. Estudos apontam que, em 1985, estimava-se a existência de 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões, no ano 2030. Pacientes com doenças crônicas como o DM necessitam usar o sistema de saúde nos diferentes níveis de atenção, e para que esse processo ocorra de forma efetiva, é fundamental que a atenção básica efetue a coordenação entre esses níveis. Torna-se por isso, imprescindível a criação de um vínculo entre os portadores da doença e os profissionais de saúde, fator fundamental para adesão correta ao tratamento e o conhecimento do paciente em relação à sua doença. Esse vínculo pode ser estabelecido através de um acolhimento eficaz aos pacientes portadores de DM, além do desenvolvimento de políticas educativas que visam intervir no curso das complicações. Considerando a necessidade da prática educacional coletiva no atendimento aos pacientes diabéticos do SUS, as acadêmicas de Medicina da Fundação Oswaldo Aranha – UniFOA organizaram atividades de assistência e de educação em saúde aos portadores dessa patologia, utilizando a UBSF SG. A finalidade deste trabalho é relatar a experiência vivida das acadêmicas com os pacientes portadores de DM.

**Objetivos:** Este estudo tem como objetivo geral contribuir com a elaboração de propostas que propiciem eficiência da assistência aos doentes crônicos, proporcionando práticas de saúde direcionadas a esta. O Diabetes Mellitus (DM) foi escolhido para se avaliar o acolhimento e vínculo da Unidade Básica de Saúde da Família do bairro São Geraldo (UBSF SG) em Volta Redonda/RJ, em razão de sua elevada prevalência, com influência direta sobre a qualidade de vida dos portadores. Os objetivos específicos da pesquisa são: estudar sobre o acolhimento e vínculo dos pacientes portadores de diabetes na UBSF SG; levantar dados para fins de análise





sobre o impacto da doença; verificar os principais problemas enfrentados no acolhimento da UBSF SG e sugerir propostas para aprimorar o sistema.

**Relato de Experiência:** Estudo descritivo, na forma de relato de experiência vivenciada por uma equipe multiprofissional no acolhimento às pessoas diabéticas, realizada na UBSF SG do município de Volta Redonda, RJ. Os participantes do grupo foram 30 médicos entre clínicos e endocrinologistas, 12 agentes comunitários de saúde, 8 enfermeiros, 6 acadêmicos de medicina, 5 educadores físicos, 5 nutricionistas e 70 diabéticos. A participação nas atividades foi espontânea. As reuniões tiveram início no dia 25 de setembro de 2014, utilizando roda de conversa entre os profissionais médicos, tendo como alvo discutir as dificuldades enfrentadas no acolhimento e no tratamento dos pacientes diabéticos. A proposta do acolhimento incluiu a realização de um levantamento de dados nas áreas de todos os agentes comunitários de saúde do território para conhecer a situação epidemiológica local. Com o intuito de implementar propostas a fim de aprimorar o acolhimento, tornando-o mais eficaz, foi desenvolvido o Projeto Doce Combate que conta com eventos educativos e recreativos, inspirado em um projeto de extensão de ação contínua já existente, nomeado Doce Desafio elaborado pela Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília (UnB). Simultaneamente, o projeto foi apresentado no dia 16 de outubro no momento da roda semanal da UBSF SG, quando os profissionais foram consultados quanto à relevância da ação, o interesse dos mesmos em participar do processo e a melhor forma de realizá-lo, pensando-se em construir uma proposta coletiva de intercessão, a fim de contribuir para uma consolidação das ações, proporcionando uma condensação do processo e garantindo continuidade da ação. No dia 22 de outubro de 2014, ocorreu o primeiro encontro do Doce Combate. Estavam presentes, na ocasião, representantes das categorias profissionais de enfermagem, educação física, nutrição, médica e 70 usuários do programa. À medida que os diabéticos chegavam, o profissional de enfermagem mensurava glicemia capilar e pressão arterial. Logo após, foram ministradas palestras sobre alimentação, cuidados em relação ao pé diabético e a importância de atividade física.

**Resultados:** Os resultados estão em andamento, pois será realizado um estudo quanti-qualitativo em forma de questionário, a fim de avaliar os impactos atribuídos na qualidade de vida dos pacientes envolvidos.



**Conclusão:** Em andamento.

**Palavras-chave:** Diabetes melitos; acolhimento; unidade básica de saúde.

## REFERÊNCIAS

GAYLE, E. R. *et al.* The Epidemiology of Lower-Extremity Disease in Veterans With Diabetes. **Rev Diabetes Care**. Estados Unidos, v. 27, 2004.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais nas décadas de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

TRESSE, V. P. Acolhimento e vínculo na assistência prestada ao portador de diabetes em uma unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro. **Repositório Institucional da Fiocruz**. Rio de Janeiro, s.n, 2008. 96 p.



## A HUMANIZAÇÃO COMO FIO CONDUTOR DOS CUIDADOS PALIATIVOS: ABORDAGEM PSICOSSOCIAL

*Sonia Cardoso Moreira Garcia; Ana Verena Silvany Sampaio de Miranda.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A educação formal sobre a morte e o cuidado paliativo e questões afins nas escolas de Medicina, no despontar do curso, poderá modificar o pensamento e, por fim, o comportamento do médico, tornando-os aptos a lidar com o fenômeno do morrer, pela via acadêmica. Compreendemos ser relevante no decorrer da formação médica trazeremos a necessidade de reflexão sobre o valor de se pensar as representações sociais dos futuros médicos, acerca da humanização diante da morte para o enfrentamento dessa etapa da vida, como estratégia de maior eficácia. A discussão sobre o ser biopsicossocial exige a revisão do pensamento científico para a formação humanizadora na área da saúde, em especial na Medicina, apontando para a urgência em se difundir a necessidade do cuidado da pessoa com morte anunciada. Cremos serem os bancos dos cursos de Medicina, os locais adequados para que se possam empreender, junto aos futuros médicos, motivações que lhes permitam romper as amarras da racionalidade médica, mobilizando recursos que disponibilizarão novo olhar e novo fazer na/para a morte.

**Objetivo:** O presente artigo visa discutir as representações sociais do médico em relação à morte anunciada e associada aos cuidados paliativos, para ressaltar o valor da promoção da humanização na relação médico-paciente-familiares, diante do referido fenômeno. Da mesma forma, identificar o estado do conhecimento acerca dos conceitos de morte, cuidados paliativos e humanização em diferentes bancos de dados da área da saúde, confrontando tais conceitos com os preconizados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina do UniFOA. Propor a inserção formal de conteúdos e oficinas sobre a morte e o morrer e os cuidados paliativos na matriz curricular.

**Metodologia:** Revisão bibliográfica. Organiza-se sob a abordagem da pesquisa qualitativa do tipo descritiva pautada nas Dimensões Novikoff, que se trata “de uma nova abordagem teórico-metodológica, com todas as dimensões de preparação, estudo, desenvolvimento e apresentação de pesquisa acadêmico-científica”



(NOVIKOFF, 2010, p. 2). Os textos sofrerão a análise de conteúdo (BASIC, 2004) para buscar as similitudes que implicariam as representações sociais.

**Resultados:** O trabalho em tela encontra-se em fase de desenvolvimento. Optamos por um levantamento do Estado do Conhecimento em diferentes obras para compreender os conceitos de morte, humanização e cuidados paliativos, confrontando os entendimentos dentro de uma revisão bibliográfica desses conceitos e de estudos de caso realizados por pesquisadores da área, com o uso da Tabela de Análise de texto das Dimensões Novikoff. De acordo com o já investigado, supõe-se a configuração de um hiato nesse campo de ação que aponta para provável demanda do corpo médico em obter preparo específico para lidar com a morte e os cuidados quando do seu anúncio.

**Conclusões:** Tendo em vista que o projeto está em andamento, compreende-se, neste trabalho, o valor de se pensar as representações sociais dos médicos contidas na literatura vigente acerca da morte e dos cuidados paliativos. Assim, a discussão holística sobre o ser bio-psico-social exige a revisão do pensamento científico para a formação humanizadora na área da saúde, em especial na Medicina.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; humanização; morte.

## REFERÊNCIAS

BARDIN L. **L'Analyse de contenu**. Paris (Fr): Editora Presses Universitaires de France; 1977.

BRANDÃO, C. Câncer e cuidados paliativos: definições. **Rev. Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 42 p. 54-56, nov-dez, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.319, Brasília. Jul, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.535, Brasília. Set, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 881, Brasília. Jun, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 19, Brasília. Jan, 2002.

CAPONERO, R. Muito além da cura de uma doença, profissionais lutam para humanizar o sofrimento humano. **Rev. Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 21, p. 29-34, maio-jun 2002.



D'ASSUMPÇÃO, E. A. **Tanatologia - ciência da vida e da morte**. In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Tanatologia e Bioética. Belo Horizonte: 2003. Capítulo 2, p. 21-36.

JODELET, Denise (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ. 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NOVIKOFF, C. Pesquisa qualitativa: uma abordagem teórico-metodológica na educação. In **Anais IV SIPEQ**. 2010.

\_\_\_\_\_. **Dimensões Novikoff: um constructo para o ensino-aprendizado da pesquisa**. In: ROCHA, J.G. e NOVIKOFF, C. (orgs.). Desafios da práxis educacional à promoção humana na contemporaneidade. Rio de Janeiro: Espalhato Comunicação, p. 211-242, 2010.

[sph1918@hotmail.com](mailto:sph1918@hotmail.com)

## SÍNDROME DE LÖEFFLER E PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA À ASCARIDÍASE

*André Luis Franco Cotia<sup>1</sup>; Victor Rebelo Procaci<sup>1</sup>; Ester Albuquerque Lourenço<sup>1</sup>;  
Nathalia C. Pereira de Souza<sup>1</sup>; Maria Augusta Wehbe<sup>2</sup>; Ricardo Barbosa Pinheiro;  
Albino Moreira Torres.*

<sup>1</sup>UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

<sup>2</sup>Hospital Municipal Munir Rafful, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** Descrito caso de pré-escolar, com pseudo-obstrução intestinal causada por *Ascaris lumbricoides* e síndrome de Löeffler. Paciente evoluiu bem, após tratamento com óleo mineral e mebendazol, eliminando parasitas nas fezes durante a internação.

**Objetivo:** Revisar a literatura sobre Arcaridíase.

**Relato de caso:** Paciente, pré-escolar, 2 anos e 10 meses de idade, deu entrada no período da tarde na Unidade de Emergência do Hospital Municipal Munir Rafful, com quadro de tosse seca há uma semana, perda de apetite há quatro dias, prostração e febre baixa há dois dias. Episódio de vômito (com eliminação de parasita cilíndrico, de aproximadamente 6 cm, segundo a mãe) e evacuação de fezes líquidas pela manhã. Mãe relatou obstrução intestinal secundária à *A.lumbricoides* no irmão mais velho, quatro meses antes. Morava com a mãe e outros nove irmãos em casa de alvenaria e saneamento básico. Os achados ao exame foram: moderado estado geral, prostração, desidratação +/4+ e taquicardia 124 bpm. Apresentando roncus difusos na ausculta pulmonar e abdome pouco distendido, peristáltico, timpânico, indolor à palpação, sem visceromegalias. A hipótese diagnóstica de parasitose intestinal por *A. lumbricoides* com pseudo-obstrução intestinal e síndrome de Löeffler foi considerada. Foram solicitados hemograma completo: Hemácias: 4,32 M/mm<sup>3</sup>; hemoglobina: 10,5 g/dl; hematócrito: 32,1%; leucócitos: 14.000/mm<sup>3</sup>(eosinófilos: 0%; basófilos: 0%; bastões: 9%; segmentados: 74%; linfócitos: 11%; monócitos: 6%; plaquetas: 344.000/mm<sup>3</sup>. Radiografias de tórax (póstero-anterior) sem alterações e de abdome total, que evidenciou imagem em miolo de pão. Exame parasitológico de fezes com presença de ovos de áscaris.Foi realizado hidratação com cristalóide intravenoso e passagem de sonda nasogástrica. Prescreveu-se óleo mineral através

do tubo e mebendazol por 3 dias. Paciente evoluiu com outro episódio de vômito e diarreia no segundo dia de internação, expulsando mais seis parasitas pelo ânus. Recebeu alta após dois dias assintomático e sentindo-se bem.

**Discussão:** Esses parasitas vivem no jejuno do homem e a transmissão é se dá através da ingestão dos ovos infectantes, procedentes do solo, água ou alimentos contaminados com fezes humanas. Há prevalência importante de doença, onde as ações de saneamento básico são precárias. Os fatores socioambientais mais importantes são: baixo nível socioeconômico; pouca acessibilidade a bens e serviços; mal estado nutricional; número alto de pessoas morando no mesmo domicílio; alta densidade por cômodo; baixo nível de instrução materno; presença de menores de cinco anos no domicílio; não lavar as mãos após defecar e higiene incorreta dos alimentos (FORTES et al., 2004) (STRUNTZ et al., 2014). O paciente possuía diversos fatores de risco para a doença, além de apresentar histórico recente de ascaridíase no irmão, demonstrando a recorrência dessa parasitose em áreas com as condições socioambientais citadas acima. Ascaridíase, habitualmente, não causa sintomatologia, mas pode manifestar-se por dor abdominal, diarreia, náuseas e anorexia. A obstrução intestinal pode ocorrer, quando há grande número de parasitas. No caso descrito, o paciente estava com distensão abdominal, porém indolor à palpação e eliminando fezes (líquidas e pastosas) e gases, caracterizando quadro de pseudo-obstrução intestinal. A síndrome de Löeffler, apresentada pelo paciente, é causada pelo ciclo pulmonar da larva, ocasionando tosse, broncoespasmo, hemoptise, pneumonite e eosinofilia e costuma não deixar sequelas. (PARK et al., 2008). O leucograma do paciente não evidenciou eosinofilia, pois esta pode ceder ou diminuir após o término do ciclo pulmonar. O diagnóstico é realizado pela identificação dos ovos de áscaris nas fezes pelos métodos de Lutz, Hoffman ou Faust. Os exames radiológicos, do tipo baritados, podem revelar imagens de falha de enchimento (patognomônicas da ascaridíase) e o novelo de vermes pode gerar uma imagem clássica em miolo de pão no íleo distal. (ANDRADE et al., 2015) (LIM, 2008).

O tratamento das formas não complicadas pode ser realizado com albendazol, mebendazol, levamizol ou pamoato de pirantel. Nos casos de obstrução intestinal, deve ser prescrito piperazina (capaz de imobilizar o sistema muscular do verme) associada a óleo mineral, antiespasmódicos, hidratação, cateter nasogástrico e





mebendazol (KEISER et al., 2008). O tratamento desse paciente foi realizado sem a piperazina, pois esse fármaco não estava disponível no hospital.

**Conclusão:** Esse caso resume a importância da profilaxia para prevenir complicações de infecção por helmintos em comunidades pobres.

**Palavras-chave:** Ascaridíase; síndrome de Löeffler; ascaris lumbricoides.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M. *et al.* Intestinal Obstruction in a 3-Year-Old Girl by *Ascaris lumbricoides* Infestation: Case Report and Review of the Literature. **Medicine**, Baltimore, v. 94, n. 16, e.655, apr. 2015.

FORTES, B. P. M. D.; *et al.* Modelagem geoestatística da infecção por *Ascaris lumbricoides*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 727-734, mai./jun. 2004.

KEISER, J.; UTZINGER, J. Efficacy of current drugs against soil-transmitted helminth infections: systematic review and meta-analysis. **JAMA**, v. 299, n. 16, p. 1937-1948, apr. 2008.

LIM, J. H. Parasitic diseases in the abdomen: imaging findings. **Abdom Imaging**, v. 33, n. 2, p. 130-132, mar./apr. 2008.

PARK, M.S.; *et al.* Intestinal parasitic infection. **Abdom Imaging**, v. 33, n. 2, p. 166-171, mar./apr. 2008.

STRUNZ, E. C.; *et al.* Water, sanitation, hygiene, and soil-transmitted helminth infection: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Med**, v. 11, n. 3, e.1001620, mar. 2014.



## DOENÇA DE WERNICKE: UM RELATO DE CASO

*Anna Carolina Motta Cunha; Gabriela Muniz de Souza Cesar; Leonardo José.*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O uso abusivo de bebida alcoólica é um sério problema de saúde pública e a síndrome de Wernicke-Korsakoff é uma de suas consequências mais graves. Por se tratar de uma patologia de difícil diagnóstico, o tratamento adequado e precoce se faz necessário, evitando assim complicações irreversíveis, como a morte. O rápido diagnóstico permite uma rápida intervenção medicamentosa, sendo a Tiamina o responsável pela reversão do quadro, assim como reposição volêmica adequada. É relatado, neste estudo, um caso de Doença de Wernicke, assim como a discussão de seu aspecto clínico.

**Objetivo:** Este estudo tem como proposta apresentar um relato de caso sobre doença de Wernicke, assim como a discussão sucinta do assunto, levando em consideração os aspectos clínicos da doença, diagnóstico e tratamento, com pesquisa realizada com base em artigos de renome.

**Relato de Caso:** L.H.O.M, 27 anos, masculino, morador de Barra Mansa-RJ. Foi encaminhado por familiares à Santa Casa de Barra Mansa, no dia 20/10/2014, em franca desnutrição proteico calórica, desorientado e desidratado. Acompanhante relata que o mesmo não se alimentava há alguns dias e que havia feito uso de bebida alcoólica. Negava patologias e cirurgias prévias. Internado em 2011 pelo mesmo motivo. Etilista de longa data, iniciou o consumo de bebida alcoólica aos 16 anos, com uso regular. Ao exame físico, desorientado no tempo e no espaço, agitado, com necessidade de contenção no leito. Hipocorado, acianótico, anictérico, desidratado e desnutrido. Apresentava nistagmo horizontal, tremor de extremidade e ataxia de marcha. O restante do exame físico, sem alterações. O exame laboratorial realizado na admissão evidenciou níveis de proteína baixos (5,95 g/dl); uma leve anemia (Hemácias 3,21/ Hematócrito 33,3%/ Hemoglobina 11,3); funções hepáticas e renais apresentavam-se sem alteração. Os exames de imagem mostravam uma radiografia de tórax com aspecto normal e USG de abdome, sugerindo pancreatite crônica, esteatose hepática grau I e espessamento irregular do corpo gástrico, sem alteração nas demais estruturas.



**Conclusão:** Concluimos, com este trabalho, que o Alcoolismo é uma doença grave e que não possui a sua devida importância, já que é tão comum nos dias de hoje. Causa danos severos aos seus usuários e que o diagnóstico e o tratamento adequado evita maiores complicações. Na Doença de Wernicke, uma das complicações mais graves do alcoolismo, se faz necessária a compreensão de que, quanto mais precocemente desconfiarmos da doença em si e iniciarmos o tratamento, melhor será o prognóstico para o paciente.

**Palavras-chave:** Doença de Wernicke; revisão.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, R. D.; VICTOR, M. **Principles of neurology**. New York: McGraw-Hill, 1989, p. 821-4.

SILVA, A.; ENES, A. Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Revisão literária da sua base neuroanatômica. **Arq Med**, Porto, v. 27, n. 3, jun. 2013.

VICTOR, M., ADAMS, R., COLLINS, G.H. The Wernicke Korsakoff syndrome and related disorders due to alcoholism and malnutrition. 2. ed. Philadelphia: fa davis co; 1989.

WERNICKE, C., ed. **Die akute hamorrhagische Polioencephalitis superior**. In: *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Ärzte und Studierende*. Kassel, Fischer, 1981, Band 2, p. 229-42.

ZUBARAM, *et al.* Aspectos clínicos e neuropatológicos da síndrome de Wernicke-Korsakoff. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, dec. 1996.

## RELATO DE CASO CLÍNICO: MENINGITE CRIPTOCÓCICA E IMUNODEFICIÊNCIA DE IL - 12

*Antônio Guilherme do Paço Baylão<sup>1</sup>; Mariana Carneiro Raio<sup>2</sup>; Rayana Uchôa de Almeida Carvalho<sup>1</sup>; Marcio Antônio Arbex, Carlos Alberto Sanches, Sabrina Guimarães Silva.*

<sup>1</sup>Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda (ECMVR/ FOA – UNIFOA)

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

**Introdução:** Por ser um dos mais importantes e principais mediadores da resposta imunológica inata inicial a microorganismos intracelulares e promover indução da imunidade celular e, conseqüente resposta imunológica adaptativa a tais patógenos, a Interleucina 12 (IL-12), em essência, é o elo de comunicação humoral do sistema imune, promovendo uma vez sintetizada pelas células apresentadoras de antígeno (APC), sobretudo fagócitos mononucleares e células dendríticas, integração da resposta inata e celular aos processos infecciosos de etiologia bacteriana e viral, o que explica o porquê das células NK ativadas por linfócitos T também expressarem síntese aumentada de IL-12. Dessa maneira, quando ocorre deficiência da expressão de IL-12, seja congênita ou adquirida, passa a haver uma imunodeficiência e o indivíduo não mais responde adequadamente às infecções, sobretudo aquelas por patógenos ubíquos, dentre eles o *Cryptococcus neoformans* (*Cryptococcus gattii*), que, frequentemente, é um dos patógenos mais isolados em infecções oportunistas em indivíduos imunocomprometidos de qualquer etiologia, apresentando tropismo pelo Sistema Nervoso Central (SNC) e Tecido Cutâneo. Entretanto, ainda não foram realizados estudos científicos que correlacionam essa infecção oportunista, especificamente a imunodeficiência de IL-12.

**Objetivos:** O presente relato de caso clínico tem por objetivos gerais chamar a atenção para uma das principais doenças oportunistas que acometem indivíduos imunocomprometidos de qualquer etiologia, que é a Neurocriptococose, especialmente pela prevalência elevada nesses indivíduos e o tratamento prolongado com fármacos de elevada toxicidade, como a Anfotericina B. Especificamente, tentamos correlacionar a ocorrência dessa doença à

imunodeficiência de IL-12, possivelmente pelo déficit de integração entre as imunidades inata e celular.

**Relato de Caso:** Paciente de 3 anos, 11 meses e 9 dias, natural São João da Gama-SP e procedente de Poços de Caldas-MG, admitida no Pronto-Socorro do Instituto de Infectologia “*Emílio Ribas*” (PS-IIER), aos 10 de Julho de 2013, às 13 horas, acompanhada da tia, referindo que a paciente havia iniciado febre não aferida há 2 dias, associada a 2 episódios de vômitos e que, há 10 dias, havia recebido alta hospitalar do IIER, após 6 meses de internação por Meningite Criptocócica, com evolução para Derivação Ventrículo-Peritoneal (DVP). Nega demais queixas, sinais e/ou sintomas associados, afirmando que a válvula foi colocada durante período de internação prévio, tendo que ser trocada por 7 vezes devido à infecção desta (sic). Na história patológica pregressa, a tia relatou que foi feito diagnóstico prévio de deficiência de receptor de IL-12, não referindo como e quando foi realizado o mesmo. Afirma que os pais são “hígidos”. Ao exame clínico, BEG, chorosa, acianótica, anictérica, afebril (37,2 °C), hidratada, peso: 13 kg, eupneica (37 irpm), S02: 94% (AA), com ausência de linfonodos palpáveis. ACV: FC: 130 bpm, RCR 2T BNF SSEE. AR: MVUA Bilateral, sem RA. Expansibilidade preservada. Abdome: tenso, RHA+, dificuldade para palpação devido ao choro da paciente. Neurológico: Glasgow: 15, Irritada, chorosa, sem sinais/déficits focais. Ausência de sinais meníngeos. Genito-Urinário: Sem alterações. Membros: pulsos palpáveis, simétricos, panturrilhas livres. Hipóteses diagnósticas foram elaboradas e procedimentos diagnósticos foram solicitados.

**Conclusão:** Em suma, após estudar minuciosamente o caso clínico relatado, corroboramos com as referências disponíveis atualmente de que as imunodeficiências, quaisquer que sejam suas etiologias, promovem a não responsividade do indivíduo frente a infecções, especialmente aquelas por patógenos ubíquos e que, habitualmente, não causam maiores problemas pela atividade de vigilância imunológica desempenhada pelas APC que compõem o sistema imune inato, mas que, na vigência de imunodeficiências, especialmente de interleucinas, que permitem a integração e sincronismo do sistema imune inato com o celular, o indivíduo torna-se suscetível a tais patógenos, justificando o histórico de internações frequentes e o uso de antimicrobianos de amplo espectro e, inclusive,



de elevada toxicidade no manejo dessas infecções, muitas vezes de forma profilática.

**Palavras-chave:** Imunodeficiências; IL-12; neurocriptococose; infecções.

## REFERÊNCIAS

CALICH, V. L. G. & VAZ, C. A. C. **Imunologia básica**. Reimpressão da 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

GAZZONI, A. F. **Diagnóstico histopatológico da criptococose**. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FCM-UFRGS). Porto Alegre (RS): UFRGS: 2007.

GOLDMAN, L. MD., AUSIELLO, D. MD. et. al. **CECIL Medicina**. 23. ed., Rio de Janeiro: Editora Saunders-Elsevier, v. 01, 2009.

MALE, D. **Immunology an Illustrated Outline**. Mosby: Wolfe Medical Communications, 1998.

[antonio.medfoa@yahoo.com](mailto:antonio.medfoa@yahoo.com)



## POLÍTICA DE ATENDIMENTO NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS: CONCEITOS E DIRETRIZES

*Beatriz Rabello; Eduardo Massahide Kawakami Kiryu; Claudia Yamada Utagawa.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Em 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria N° 199 (BRASIL, 2014), instituindo a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo dessa política é contribuir para a redução da morbimortalidade das pessoas com doenças raras (DR), contribuindo com a melhoria de sua qualidade de vida. Após um ano de sua publicação, é importante compreender a PNAIPDR que impactará diretamente no exercício da profissão médica.

**Objetivos:** Compreender os aspectos envolvidos na política de atendimento às pessoas com DR, no âmbito do SUS, no Brasil.

**Metodologia:** Revisão bibliográfica, utilizando publicações científicas dos bancos de dados do Pubmed, COCHRANE, Scielo e Google Acadêmico, nos últimos 5 anos, utilizando os descritores “doenças raras” e “política de saúde” e “sistema único de saúde” ou “rare diseases” and “health policy” and “unified health system”, nos idiomas português ou inglês. Foram selecionados apenas artigos aplicados ao exercício da medicina.

**Discussão:** Foram obtidos 118 resultados no Google Acadêmico; 2 no BVS e nenhum no Cochrane, Scielo e Pubmed. Desse total, foram resgatadas 12 publicações, sendo que a maioria (10/12) tratavam sobre o tratamento de DR como mucopolissacaridoses, doença de Gaucher, fenilcetonúria e osteogênese imperfeita no que concerne ao alto custo dos medicamentos, sua dificuldade de obtenção no SUS, mesmo para doenças com programas há muito instituídos. Os outros 2 artigos tratavam sobre princípios do SUS aplicados ao contexto de DR e sobre a PNAIPDR no Brasil. Não há consenso internacional para a definição de DR. Na Europa, é definida como sendo doença que afeta 5:10.000 e nos EUA a existência de 200.000 indivíduos na população. No Brasil, segundo a PNAIPDR, são DR as que afetam até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos. Apesar do pequeno número de publicações, verifica-se que antes da implantação da PNAIPDR, as publicações





referiam-se a necessidade da judicialização do acesso aos medicamentos para DR e, após a publicação, o foco dos artigos mudou para as dificuldades encontradas na implementação das políticas públicas no âmbito do SUS. Segundo a literatura encontrada, ainda há graves entraves administrativos e logísticos, como a falta de protocolos de atendimento, redes de referência e formas de aquisição rápida de medicamentos. A PNAIPDR preconiza que assistência às DR deve ser estabelecida dentro da rede de atenção básica, especializada e domiciliar, além de determinar os requisitos mínimos para a habilitação de Serviço de Referência em DR. Os artigos encontrados são voltados, principalmente, para a atenção especializada, através de protocolos clínicos e de acesso a medicamentos, não abordando a atenção básica e domiciliar. Apesar de a PNAIPDR estabelecer valores de incentivo e financiamento do serviço para equipes que prestam atendimento a esses pacientes, existem outros custos não inclusos, uma vez que a política não está totalmente implantada, como ordens judiciais para o acesso a medicamentos. Trevisan (2013) e Aith et al. (2014) discutem ainda os custos das cadeias logísticas que devem ser racionais para garantir o acesso aos tratamentos e a existência de monopólios de fornecimentos para drogas do tratamentos dessas doenças.

**Conclusão:** Os artigos encontrados mostram uma tendência crescente na importância dada às doenças raras. Contudo, observa-se a ocorrência dos mesmos autores em diversos artigos, além do desfecho ser similar em todos: a necessidade do uso de meios alternativos para acesso a drogas e entraves na implementação do sistema, podendo insinuar um viés. A implementação da PNAIPDR é recente e, portanto, faltam ainda publicações com bom nível de evidência para o aprofundamento no tema e verificação do impacto dessas políticas para os pacientes e para o SUS.

**Palavras-chave:** Doenças raras; sistema único de saúde; política de saúde.

## REFERÊNCIAS

AITH, F.M.A. O direito à saúde e a política nacional de atenção integral aos portadores de doenças raras no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**. São Paulo, s.1, p.4-12, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria N<sup>o</sup> 199, de 30 de janeiro de 2014. Disponível em:



<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199\\_30\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html)>.  
Acesso em: 20 abr. 2015.

ESTADOS UNIDOS DAS AMÉRICAS. Senate and house of representative of the United States of America in Congress Assembled. Rare Diseases Act of 2002 de 6 de novembro de 2002. Disponível em: <<http://history.nih.gov/research/downloads/PL107-280.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

TREVISAN, L.M. **Avaliação das ações judiciais para a obtenção do tratamento da fenilcetonúria no Rio Grande do Sul**. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.



## INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O USO DE ANABOLIZANTES: INFORMAÇÃO E PREVENÇÃO

*Camila Molina da Silva; Glenda Alves Pereira de Oliveira; Laís Maia Cezar;  
Rafaela Nasraui Calçada; Rafaela Vieira Canettieri; Rita Spolidoro Maia;  
Yolanda Fernandes Malta.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é a síndrome clínica decorrente da incapacidade dos rins de manter suas funções de depuração de escórias nitrogenadas, regulação da volemia, pressão arterial, equilíbrio hidroeletrolítico e acidobase, produção de hormônios etc., com consequências como hipertensão arterial, edema, congestão, anemia, acidose e diversas outras complicações, além do agravamento de comorbidades e aceleração da aterosclerose. Sabe-se que o uso de esteróides anabolizantes traz muitos danos a diversos órgãos do corpo humano, inclusive os rins. Deve-se atentar para ampla divulgação das consequências que o uso dessas substâncias pode trazer, pois, dessa maneira, é possível prevenir que usuários desinformados desenvolvam lesão ou até falência renal.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é evidenciar os riscos do uso de esteroides anabolizantes, assim como os danos irreversíveis que podem causar aos rins.

**Relato de caso:** Paciente N.L.S., 29 anos, sexo masculino, natural do Rio de Janeiro – RJ e residente de Volta Redonda – RJ. Relata ter apresentado quadro de erisipela em membro inferior esquerdo que tratou com penicilina, levofloxacina e duas injeções de benzetacil. Evoluiu com cefaleia, náusea e distúrbios do sono, procurando a unidade básica de saúde, onde foi detectado um pico hipertensivo. Foi encaminhado ao hospital, onde foram realizados exames complementares, que, juntamente com a história de uso de anabolizantes por um ano, possibilitaram o diagnóstico de insuficiência renal crônica. O paciente iniciou imediatamente a hemodiálise, sendo este o único tratamento eficaz.

**Conclusão:** É evidente a importância da realização de exercícios físicos para manutenção da saúde, porém a busca por melhores resultados, muitas vezes, leva ao uso de substâncias que podem trazer muitos riscos ao organismo. A lesão renal



causada pelo uso de esteroides anabolizantes é rara e sua fisiopatologia ainda é desconhecida, por isso é imprescindível a exclusão de outras possíveis causas da insuficiência renal crônica. O tratamento da IRC consiste em diálise ou transplante renal. É necessário manter os cuidados de suplementação de bicarbonato, controle da hiperfosfatemia, hipocalcemia e hiperparatireoidismo, correção da anemia, controle rigoroso da hipertensão, diabetes e outras comorbidades, complicações e fatores de risco de doenças cardiovasculares.

**Palavras-chave:** Insuficiência renal crônica; uso de anabolizantes; falência renal.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v. 33, n. 1, Mar. 2011.

IRIART, J. A. B.; CHAVES, J. C.; ORLEANS, R. G. D. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, abr. 2009.

VENANCIO, D. P. *et al* . Avaliação descritiva sobre o uso de esteroides anabolizantes e seu efeito sobre as variáveis bioquímicas e neuroendócrinas em indivíduos que praticam exercício resistido. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 16, n. 3, Jun. 2010.

ZAMUDIO, T. C. Insuficiencia renal crónica. **Rev Med Hered**, Lima, v. 14, n. 1, Jan. 2003.

[camilamolina90@hotmail.com](mailto:camilamolina90@hotmail.com)



## EDEMA AGUDO DE PULMÃO APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

*Ana Carolina Fernandes; Carolina Ribeiro Netto; Gabriela Rocha Garcia Machado;  
Larissa de Paiva Lellis; Thaís Faria Tannure; Thiago Cárceres Ferreira de Carvalho;  
Márcio Antônio Arbex.*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** As doenças cardiovasculares representam uma das principais causas de óbito em todo mundo e podem evoluir com uma complicação bastante frequente: o edema agudo de pulmão (EAP). Esse é classificado em não cardiogênico e cardiogênico, e o presente trabalho abordará o último citado.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é dissertar sobre uma situação clínica recorrente em emergências e que, apesar disso, é tratado de forma errônea em alguns casos, comprometendo o sucesso da reabilitação do paciente.

**Relato de Experiência:** S.D.G., 48 anos, 75 kg, sexo masculino, casado, funcionário da C.S.N., natural e residente em Volta Redonda (RJ). Hipertenso de longa data, em uso irregular de Losartan® 50 mg/dia, procura atendimento médico, diaforético, relatando dor no peito de caráter opressivo de início há 3 horas, com irradiação para o braço esquerdo e com piora progressiva. Relata início da dor durante o jantar, inicialmente descrita como um incômodo. Paciente em dispneia intensa, diz sentir-se “afogando”. Contudo, ainda ofegante, relatou precordialgia quando jogava bola, sendo que esta melhorava ao repouso. Não tardou em procurar atendimento devido ao medo de ter “ataque do coração”, causa da morte de seu pai alguns anos antes. No exame físico foram evidenciados: fácies de sofrimento agudo, hidratado, normocorado, cianótico em leitos ungueais, anictérico e afebril. Ritmo cardíaco regular em 3 tempos (RCR 3T), presença de terceira bulha (B3). Bulhas hipofonéticas, sem sopros, com eventuais extrassístoles. Frequência Cardíaca: 83 bpm. Pressão Arterial (PA): 160x90 mmHg. Pulsos periféricos palpáveis, isócronos e isóbaros; murmúrio vesicular (MV) audível bilateralmente com estertores grosseiros em bases e terços médios bilateralmente. Frequência Respiratória (FR): 32 irpm; peristalse presente, timpanismo à percussão, ausência de visceromegalias, sem sinais de Irritação Peritoneal. Os exames laboratoriais de S.D.G. apresentaram hemograma, função renal e eletrólitos sem alterações, marcadores de necrose

miocárdica (Curva Enzimática) – CPK, CK-MB e Troponina T elevados; gasometria arterial – pH: 7,46; PO<sub>2</sub>: 70 mmHg; PCO<sub>2</sub>: 28 mmHg; BE: -2; BIC: 20; peptídeo natriurético cerebral (BNP) – elevado. A radiografia em AP ilustrou uma área de opacidade peri-hilar, apresentando Linhas B de Kerley (em bases pulmonares), que denotam congestão pulmonar. Hipótese diagnóstica de Edema Agudo de Pulmão (EAP), causado por Infarto agudo do miocárdio. Para tratamento, o paciente foi mantido em decúbito com cabeceira elevada (>45°), monitorizado, oxigênio 4L/min e acesso venoso periférico. Além disso, foram instituídos tratamentos específicos e simultâneos para EAP e IAM; Morfina IV, Tridil, Furosemida IV, AAS VO, Clopidogrel VO. Num segundo momento, foi realizada a colocação de um *stent*.

**Resultados:** No caso apresentado, podemos observar a importância de uma conduta efetiva e embasada nos protocolos mais atuais, visto que, apesar de o paciente em questão ter se apresentado ao hospital com um quadro crítico, realizando-se as manobras adequadas e no tempo preconizado pela literatura, foi possível reverter sua situação clínica, proporcionando um melhor prognóstico. O Edema Agudo de Pulmão cardiogênico surge como uma complicação decorrente de alterações hemodinâmicas que cursam com uma insuficiência ventricular, causando uma congestão pulmonar, cuja clínica é exuberante. Dada a situação clínica do paciente do caso apresentado com EAP decorrente da insuficiência ventricular causada pelo IAM, foi-se instituído o tratamento e este teve que abordar, não apenas o IAM, mas também o EAP. Todas as manobras e drogas utilizadas seguiram o Protocolo de Dor Torácica e o Protocolo de Tratamento do EAP, confirmando a importância de estarmos embasados teoricamente na nossa prática médica, visto que houve reversão do quadro clínico.

**Conclusão:** Representando uma das mais sérias urgências clínicas a desafiar o médico socorrista, o EAP necessita de diagnóstico e tratamento imediatos. Nunca será excessivo salientar a necessidade de evitarmos a evolução para a disfunção ventricular através da detecção precoce e do controle clínico de seus principais causadores, tais como a hipertensão arterial sistêmica, a isquemia miocárdica e o diabetes mellitus.

**Palavras-chave:** Infarto agudo do miocárdio; edema agudo; tratamento.



## REFERÊNCIAS

FALCÃO, L. F. R.; COSTA, L. H. D.; AMARAL, J. L. G. **Emergências**: fundamentos e práticas. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

GUYTON, A.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HIGA, E. M. S.; ATALLAH, A. N.; BAFI, A. T. et al. **Medicina de urgência**: guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM. 2. ed. São Paulo: Manole, 2008.

IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do Infarto Agudo do miocárdio com supradesnível do seguimento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2009, v. 96, n. 6, p. 179-264.

LONGO, D.; HAUSER, S. L.; FAUCI, A. S. Harrison **Medicina Interna**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

[carol-netto@hotmail.com](mailto:carol-netto@hotmail.com)



## ICTERÍCIA NEONATAL: DO ALEITAMENTO MATERNO E DO LEITE MATERNO

*Caroline Carvalho de Oliveira; Cléa Ribeiro Nunes do Vale.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A icterícia é um dos sinais mais frequentes encontrados em recém-nascidos. Aproximadamente, metade a dois terços desenvolvem a icterícia neonatal em sua primeira semana de vida. É reconhecida pela apresentação de uma cor amarelada na pele, mucosa e conjuntiva, devido a um excesso no sangue de um pigmento chamado bilirrubina, produto do nosso metabolismo, que, em condições normais, é transportada até o fígado e depois excretada, principalmente, com as fezes. São reconhecidos dois tipos de icterícia associados com a amamentação. Normalmente, a icterícia do recém-nascido é fisiológica e, frequentemente, é uma condição clínica reversível, exceto se não houver um tratamento adequado. O desafio é diferenciar padrões normais de icterícia e hiperbilirrubinemia daqueles que indicam uma anormalidade ou colocam uma criança em risco.

**Objetivos:** O artigo tem como objetivo abordar a relação da icterícia neonatal com a amamentação, através de uma revisão detalhada de literatura para coleta das informações.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, realizado por meio de uma análise de literatura detalhada. Para a coleta de dados, foi realizado um levantamento de artigos especializados nos bancos de dados PubMed, Medline e Scielo e consultados livros especializados na busca dos objetivos propostos.

**Discussão:** A bilirrubina é um pigmento resultante do catabolismo da hemoglobina. Em circunstâncias normais, é removida da circulação com rapidez e eficiência pelos hepatócitos. Anormalidades na formação, transporte, metabolismo ou excreção de bilirrubina levam à instalação de hiperbilirrubinemia, caracterizada clinicamente por icterícia. Algumas particularidades do metabolismo da bilirrubina ocorrem no período neonatal, justificando a ocorrência da icterícia fisiológica. Nesse período, além de um maior número de hemácias, existe ainda uma imaturidade hepática e uma maior reabsorção intestinal. Mesmo os que não mostram icterícia visível, neonatos apresentam níveis de bilirrubina sérica mais elevados do que em outras idades. Os níveis de bilirrubina do sangue de cordão umbilical já são elevados, existindo



aumento gradual em até três a quatro dias nos recém-nascidos a termo e, um pouco mais duradouro, em prematuros. Em condições normais, há o desaparecimento da icterícia. Entretanto, são reconhecidos dois tipos de icterícia associados à amamentação, de acordo com a idade de aparecimento. O primeiro, a icterícia do aleitamento materno, tem seu início precoce e resulta da privação calórica, devido a uma amamentação insuficiente. Quando ele suga pouco leite, os movimentos intestinais tendem a ser fracos e infrequentes, sendo a bilirrubina reabsorvida do intestino para o sangue, ao invés de ser eliminada nas fezes. Já o segundo tipo, relaciona-se a anomalias na composição do leite, iniciando-se após a primeira semana, podendo persistir até a terceira semana, sendo denominado Icterícia do leite materno.

**Conclusão:** A icterícia é um fenômeno fisiológico e comum nos primeiros dias de vida decorrente das peculiaridades do organismo de um recém-nascido. Entretanto, essa condição pode permanecer em função do aleitamento materno, tanto pela falta de leite quanto devido ao próprio leite. A icterícia do leite materno é uma condição que ocorre tardiamente, na qual raramente o aleitamento materno precisa ser descontinuado e a fototerapia necessária, por tratar-se de um fenômeno normal de desenvolvimento na criança amamentada, sendo considerada uma extensão da icterícia fisiológica do recém-nascido. Em relação à icterícia do leite materno, a melhor forma de evitar é incentivar a amamentação adequada. Em alguns casos, pode ser necessário suplementar a alimentação com leite de fórmula.

**Palavras-chave:** Icterícia; hiperbilirrubinemia; recém-nascido; amamentação.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, L. S. *et al.* Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Feb. 2008.

FALCÃO, M.C., DEUTSCH, A.D. Abordagem clínica, laboratorial e terapêutica do recém-nascido ictérico. **Pediatria**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 280-287, 1997.

GARTNER, L. M.; LAWRENCE, M. Breastfeeding and jaundice. **Journal of Perinatology**, s. 1, p. 25-9, 2001.

[ccocaroline@gmail.com](mailto:ccocaroline@gmail.com)





## RELATO DE CASO: PROLAPSO RETAL

*Celso José Cobianchi Filho; Rayssa Ferreira de Sousa;  
Leonardo Amorim Formaggine; Sérgio Alexandre da Silva Cruz;  
Rafaela Ladeira da Silva Campos Barreto; Marcelo Betin Paes Leme.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

HSJB – Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** Será apresentado um relato de caso de uma paciente, apresentando prolapso retal, tendo como tratamento proposto para essa afecção a correção do prolapso através de cirurgia. O prolapso retal é uma condição que acomete todas as faixas etárias, sendo mais frequente em idosos do sexo feminino, com pico acima dos 60 anos de idade. É um transtorno da estática do reto e se manifesta pela invaginação oculta ou visível quando há saída de segmento variável do reto pelo ânus. Trata-se de uma anomalia relativamente incomum, incapacitante e de etiologia pouco conhecida, com uma multiplicidade de fatores de diferentes patogenias.

**Objetivos:** Este relato de caso descreve a correção cirúrgica de prolapso retal através da técnica de retopexia.

**Relato de Experiência:** Mulher, 77 anos, branca, natural de Volta Redonda, do lar. Apresentava como queixa principal uma “coisa pra fora atrás”. Ao exame físico, a paciente apresentava exteriorização transanal de todas as camadas do reto, que se iniciou há aproximadamente 1 ano, muito proeminente e que não se mantém internalizada, após realização de manobras manuais; além de sofrer piora com a manobra de Valsalva. Na inspeção vaginal, era visualizada presença de retocele e prolapso uterino. Apresentava história patológica progressiva de hipertensão arterial sistêmica, osteoporose e anemia. Já realizou cirurgias de perineoplastia, herniorrafia inguinal e para correção de fratura de fêmur. Foi tabagista por 60 anos. No ato operatório, foi realizada histerectomia total sem anexectomia e com fechamento de fundo de saco de Douglas; perfuração da bexiga que estava aderida à parede uterina com posterior rafia da lesão; e promontorifixação do reto. Foi utilizada terapia antimicrobiana com Gentamicina, associada ao Metronidazol, no per-operatório, e encaminhada a paciente ao CTI, após o término da cirurgia. A evolução pós-operatória foi satisfatória.



**Resultados:** As causas do prolapso retal não são completamente compreendidas, sendo que fatores congênitos e adquiridos podem estar envolvidos. São considerados fatores de risco no adulto: sexo feminino, constipação, doenças neurológicas, nuliparidade, redundância de intestino grosso, ânus dilatado, cirurgias anais e intestinais e alterações anatômicas. Apesar de ser conhecida há muito tempo, ainda existem controvérsias sobre o tratamento. O grande número de técnicas cirúrgicas é o reflexo da falta de eficácia das opções terapêuticas existentes. O caso relatado apresenta-se como protótipo dos fatores de risco para o acometimento dessa afecção, e foi conduzido com a correção, através da técnica de retopexia, apresentando resultado satisfatório.

**Conclusões:** A cirurgia é o tratamento ideal para correção do prolapso retal. O procedimento ideal deveria restaurar a anatomia, ter baixa morbi-mortalidade, corrigir o distúrbio funcional, não apresentar recidiva e não cursar com incontinência no pós-operatório. As opções de tratamento podem ser classificadas em dois grandes grupos: o primeiro, as técnicas de acesso abdominal (dentre elas, a retopexia tem sido a mais popular e foi a utilizada no caso relatado); e no segundo grupo, as técnicas de acesso perineal (que são reservadas apenas para doentes idosos e de alto risco cirúrgico).

**Palavras-chave:** Reto; prolapso; retopexia.

## REFERÊNCIAS

BUENO, R.N.; *et al.* Proctossigmoidectomia via perineal no tratamento do prolapso retal. **Acta Cir Bras**, 2001.

CORRÊA, P.A.F.P.; AVERBACH, M.; CUTAIT, R. Técnica e resultados do tratamento da prociência retal por vídeo-laparoscopia. **Rev Bras Coloproctol**, v. 24, p. 385-95, 2004.

FANG, B.C. *et al.* Resultados de tratamento do prolapso retal pela técnica de Delorme e de retopexia. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 2, p. 142-145, 2008.

SANTOS JUNIOR, J.C.M. Prolapso do reto: aspectos clínicos e cirúrgicos. **Rev Bras Colo-proctol**, v. 25, n. 3, p. 272-278, 2005.



## ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS CAUSADAS PELO USO CRÔNICO DA COCAÍNA

*Cristina Ribeiro Dias Barroso; Leonardo Silveira Gomes; Luma Teles de Souza;  
Vinícius Abrantes Silvestre; Cristiane Gorgati Guidoreni.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A cocaína é uma substância psicoativa de origem vegetal, podendo ser consumida por diversas vias: oral, intravenosa e respiratória (crack), sendo essa última a que ocasiona os maiores prejuízos ao organismo. Atua no sistema de recompensa cerebral (brain reward system), através do bloqueio na recaptação de neurotransmissores como a noradrenalina, dopamina e serotonina. Acredita-se que, ao bloquear a recaptação da dopamina, por exemplo, a concentração desse neurotransmissor na fenda sináptica (espaço entre os neurônios) seja aumentada, fenômeno que tem como resultado as sensações de euforia e prazer, que são associadas ao uso da droga. É inegável, portanto, que o uso abusivo de cocaína é um problema cada vez maior na sociedade, visto que o consumo da droga gera diversos problemas à economia pública e à saúde, pois eleva a violência e, assim, os gastos do governo, além de desencadear uma série de complicações ao organismo de seus usuários, aumentando os índices de morbidade e mortalidade populacional.

**Objetivos:** O objetivo do presente estudo é realizar uma revisão de literatura sobre algumas das alterações neuropsicológicas ocasionadas pelo uso crônico da cocaína e promover o maior entendimento sobre os mecanismos de ação da droga.

**Metodologia:** Para a realização da revisão de literatura, será feita uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde e na base de dados Scielo. Inicialmente, o descritor de assunto escolhido será “cocaína”. Em seguida, a busca deverá ser refinada com os termos “alterações neuropsicológicas” e “dependência”.

**Discussão:** Dentre algumas funções estudadas pela neuropsicologia, torna-se importante ressaltar, principalmente, as funções executivas, as capacidade mnemônica e as funções atencionais. Funções executivas são atividades cognitivas superiores que ajudam a manter um arranjo mental apropriado para alcançar um objetivo futuro, necessitando do desempenho de processos de focalização



atencional, inibição, gerenciamento de tarefas, planejamento e monitoramento na execução de um comportamento dirigido a determinados objetivos. Prejuízos na atenção e na flexibilidade mental também são observados nesses sujeitos, o que resulta em problemas na memória de trabalho. Ademais, observam-se dificuldades nos processos mnemônicos, quando a tarefa exigida requer um tempo e uma maior elaboração. Podem apresentar também prejuízos na capacidade não verbal de resolução de problemas, memória espacial, nomeação de objetos e velocidade perceptomotora quando o uso é contínuo por um período de quatro anos ou mais (HOFF et al., 1996). Em relação aos aspectos atencionais, sujeitos dependentes de cocaína comumente revelam um comprometimento na capacidade de reter informações e sustentar a atenção por um período prolongado de tempo, principalmente quando as tarefas exigem uma maior elaboração (ANDRADE; SANTOS; BUENO, 2004). No entanto, Selby e Azrin (1998) também realizaram estudos com pessoas dependentes de cocaína em um período de três anos de abstinência e não foi encontrada nenhuma diferença significativa entre o desempenho dos usuários e do grupo controle, o que sugere que, após um longo período de abstinência, é possível que a atividade neuroquímica se regularize.

**Conclusão:** A cocaína, por ser uma droga psicoestimulante com ação de reforçadora positiva, apresenta altos índices de abuso e dependência. No entanto, estudos mostraram ser possível que a atividade cerebral seja regularizada com longos períodos de abstinência. Para tanto, torna-se necessária às aplicações das melhores estratégias médicas para cada caso específico, mas, principalmente, a adesão e o comprometimento do dependente químico a esses programas de reabilitação.

**Palavras-chave:** Cocaína; alterações neuropsicológicas; dependência.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV**. 4. ed. Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 1994.

ANDRADE, V. M.; SANTOS, F. H.; BUENO, O. F. A. **Neuropsicologia hoje**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2004.



CUNHA, P.J.; NOVAES, M. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: Implicações para o tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, s. 1, p. 23-7, 2004.



## DOENÇAS RENAIS POLICÍSTICAS: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

*Cândida Aline de Oliveira Ribeiro; Fernanda Pompeu; Joice de Carvalho Paes;  
Thais Bressan Batista Rodriguez.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Dentre as doenças renais, às doenças renais policísticas (DRP) têm ganhado grande importância, sobretudo as hereditárias: a Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD) e a Doença Renal Policística Autossômica Recessiva (DRPAR). Destaca-se a DRPAD, sendo a quarta causa mais comum de doença renal em estágio final e respondendo por cerca de 10% dos transplantes renais. Neste relato, os autores objetivam discorrer sobre um caso de doença renal policística, além de fazer uma breve revisão sobre o assunto.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de Doença Renal Policística Autossômica Dominante que evoluiu com insuficiência renal e apresentar uma breve revisão da literatura.

**Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, cinquenta e um anos de idade, natural de Volta Redonda, foi admitido no Hospital Municipal Dr. Munir Rafful com quadro de anúria e lombalgia. Na admissão, apresentava-se em regular estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações, abdome peristáltico, flácido; aparelho geniturinário: anúrico; sistema nervoso: Glasgow: 15/15. Possui história familiar de pai falecido por problemas renais, irmãos com rins policísticos. É tabagista de longa data e nega etilismo. Foi solicitada a internação do paciente no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), pois este apresentava um quadro de nefropatia, tendo recebido alta hospitalar, há um dia (17/01/14), retornando com queixa de lombalgia, enjoo e anúria, há 24h. Hemoglobina: 8,7; leucócito: 11.400, creatinina: 4,6; ultrassonografia abdominal: rins policísticos. Parecer da nefrologista, confirmando quadro de IRC. Paciente evoluiu com esforço respiratório importante e acidose metabólica; levado a emergência, onde foi realizado Intubação Oro traqueal (IOT) e acoplaram Ventilação Mecânica (VM). Após o diagnóstico de Edema Agudo de Pulmão (EAP) hipertensivo, foi admitido na UTI, intubado, sedado, com sonda vesical de demora (SVD), sem

qualquer vestígio urinário, ureia=80 e creatinina = 4,6 e por apresentar um quadro de EAP hipertensivo + anúria 24h (IRC). Exame físico: Ransay III, corado, acianótico, anictérico, afebril. PA 150x90mmHg; FC: 70bpm; FR: 10ipm;  $SO_2$  96%; ausculta cardíaca sem alterações; ausculta respiratória: murmúrio vesicular diminuído, crepitando em bases; abdome: bexigoma; membros inferiores sem edema, pulso presentes, panturrilhas livres. Ainda no dia 19/01/14, foi levado ao CTI, com Pressão Arterial (PA) de 135x65 mmHg, Frequência Cardíaca (FC): 16bpm, Saturação de Oxigênio ( $SO_2$ ): 99%, Temperatura axial: 34,8°, diurese 52ml em 24h, com SVD. Nível de consciência: sedação (Dormonid, Propofol e Fentanil), pupilas isocóricas. Hemodinâmica: noradrenalina, infusão 5ml/h. Ventilação: mecânica, ausculta pulmonar: murmúrio vesicular universalmente audível; gasometria pH:7,16;  $PaCO_2$ :41;  $HCO_3$ :14,6; PVF:316,74. Membros superiores e inferiores: sem edema; pulso fino. Paciente grave, dependente de ventilação mecânica, em uso de baixas doses de noradrenalina. Diurese em curso. Resultado de exames laboratoriais: Na:137; K:38; Ca: 8,2. No quarto dia de internação, apresentou coágulos saindo pela uretra com aplicação de sonda vesical, lavagem contínua, Transamim +Vit K. Não houve melhora do quadro, sendo solicitada avaliação da nefrologia para hemodiálise, pois, o paciente ainda mantinha um quadro de acidose metabólica refratária. Paciente realizou diálise. Retirada sonda vesical, apresentava-se grave, estável desorientado e inquieto. Foi levado à enfermaria masculina da clínica médica. Quadro estável, paciente lúcido, orientado, cooperativo, hemodinamicamente estável, diurese presente, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Abdome inocente. Membros inferiores sem edema, panturrilhas livres. Com Creatinina= 4,93 e clearance de creatinina 16/ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, paciente foi encaminhamento de hemodiálise ambulatorial.

**Discussão:** Doença renal policística, sobretudo as hereditárias, vem se destacando dentre as patologias renais. Em relação à idade em que esses pacientes desenvolvem falência renal, verifica-se que, na DRP, isso ocorre mais tarde, quando comparada à idade média de ocorrência de falência renal nas outras causas (54.23 X 48.65 anos, com desvios padrão respectivamente 11.23 e 14.73 anos). Em relação à distribuição por sexo, verifica-se que 39,37% dos pacientes em diálise são do sexo feminino e 60,63%, do sexo masculino. Entre os pacientes em diálise devido à doença renal policística, 42,65% são do sexo feminino. Até o momento não existe



tratamento específico para a doença renal policística. Estudos recentes apontam novas classes de agentes terapêuticos para a DRPAD, como antagonistas dos receptores do Ácido Lisofosfatídico (LPA) e agonistas PPAR- $\gamma$ , que bloqueiam a síntese da proteína CFTR (regulador de condutância transmembrana da fibrose cística), impedindo, dessa maneira, a secreção de íons  $\text{Cl}^-$  no interior do fluido cístico renal e biliar, assim como o crescimento dos cistos. A via JAK/STAT do metabolismo celular está implicada em regular o crescimento e desenvolvimento celular e manter a homeostase em diversos órgãos. A inibição do STAT3 reduz a formação e o crescimento cístico nos rins. A droga antiparasitária pirimetamina inibe a função do STAT3 (15). O controle da pressão arterial na DRPAD é feito, principalmente, com inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECAs) e bloqueadores de receptores de angiotensina II (BRAs). Se essas novas drogas provarem sua eficácia, o rastreamento de indivíduos em risco para DRPAD vai se tornar ainda mais importante pela possibilidade de se tratar o paciente precocemente e impedir a evolução natural da doença para IRC.

**Conclusão:** No presente relato, podemos concluir que, a doença renal policística é uma desordem genética de caráter autossômica dominante, caracterizada por progressivo desenvolvimento e crescimentos de cistos renais, que culminam na falência renal. Sem tratamento específico, faz-se o tratamento sintomático dos pacientes com analgésicos para dor, antibióticos para infecção cística, controle da pressão arterial e evitando-se ou controlando fatores de risco diversos. Entretanto, já existem muitas drogas sendo testadas em ensaios pré-clínicos e clínicos.

**Palavras-chave:** Doença renal policística; insuficiência renal crônica; adulto.

## REFERÊNCIAS

MALHEIROS, G.O.M., **Doença Renal Policística, uma revisão de literatura.** Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/8031/1/Gabriel%20de%20Oliveira%20Meira%20Malheiros%20\(2012.1\).pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/8031/1/Gabriel%20de%20Oliveira%20Meira%20Malheiros%20(2012.1).pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2014.

RIBEIRO, R. C. H. M., *et al.* Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Revista Sociedade Paulista de Nefrologia Acta Paul Enferm**, v. 21, p. 207-211, ago. 2008.



RIELLA, M. C., **Doença Renal Policística**. Disponível em: <[http://www.prorenal.org.br/renal\\_035.php](http://www.prorenal.org.br/renal_035.php)>. Acesso em: 13 jun. 2014.

SESSO, R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção. **Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo**, 2006. cve. saude. sp. gov. <Disponível em: [br/doc\\_tec/cronicas/irc\\_prevprof.pdf](http://br/doc_tec/cronicas/irc_prevprof.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2014.



## RELATO DE CASO: TOXICIDADE PULMONAR PELA AMIODARONA

*Danielli Rodrigues Leite da Silva; Silvio Delfini Guerra; Ana Luiza Faria Dias; Renan Reno Grilo; Thiago Caceres Ferreira de Carvalho; Daniele Brandalise Fialho Severo; Poliana Batista Machado; Rafaella Pinto Ferraz; Marcilene M De A Fonseca; Walter L M Sampaio Da Fonseca.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Amiodarona é utilizada para controlar arritmias atriais e ventriculares, principalmente as de maior risco de vida, sendo um dos agentes antiarrítmicos mais prescritos para taquiarritmias atriais (CONSÍDERA, 2006). Dentre os efeitos adversos de maior gravidade, destaca-se a toxicidade pulmonar (TPA), com incidência de 5 a 10% e associada a uma taxa de mortalidade de 21 a 33% (GERMANO et al., 2002). Entretanto, estão descritos, na literatura, poucos casos de toxicidade pulmonar em doentes com doses diárias inferiores a 400 mg. Tais efeitos estão relacionados com a dose e tempo de duração do tratamento e, na maioria dos casos, reversíveis com a sua redução ou suspensão (SILVA et al., 2006).

**Objetivo:** Neste relato, pretendemos mostrar que, embora a dose diária inferior a 400 mg seja considerada segura, pode estar associada a efeitos indesejáveis e graves.

**Relato:** Paciente de 74 anos, sexo feminino, refere dispneia progressiva, relacionada ao esforço físico, de início há 1 ano, associada à tosse seca. Negava ortopneia, dispneia paroxística noturna, febre, dor torácica ou outras queixas associadas. Antecedentes de revascularização miocárdica, há 16 anos, e asma, desde infância. Tabagista há 10 anos. Apresentou taquicardia atrial há 1 ano, em uso de amiodarona de 200mg/ dia. No exame físico, apresentava-se orientada, sem edemas, pressão arterial de 130/80 mmHg, frequência cardíaca de 68bpm e respiratória de 20 irpm. A ausculta pulmonar revelou murmúrios vesiculares diminuídos com crepitações e leves sibilos dispersos. Hemograma e leucograma normais. A radiografia simples de tórax revelou padrão retículo-nodular difuso, com zonas em favo-de-mel. A TC de tórax evidenciou fibrose intersticial; bronquiectasias e bronquiolectasias e distorção de paredes brônquicas adjacentes (OLIVATO et al., 2015).

**Resultado:** A primeira descrição TPA foi feita por Rotmensch et al., em 1980. Sua incidência está entre 5% a 7% dos pacientes. Os sintomas clínicos podem oscilar desde tosse seca e discreta dispneia, como no caso em questão, até clássica insuficiência respiratória, sendo o cansaço aos esforços o quadro clínico predominante (SILVA et al., 2006). Dentre os fatores de risco para TPA, incluem dosagem diária maior que 400 mg, doença pulmonar preexistente, duração da terapia maior que dois meses, idades avançadas e cirurgia pulmonar prévia. No relato, a idade da doente e o tempo de tratamento prolongado podem justificar o aumento do risco da toxicidade. Os mecanismos envolvidos na TPA não estão completamente estabelecidos. Duas hipóteses têm sido sugeridas: toxicidade direta às células pulmonares e uma reação imunológica indireta (MARTIN, ROSENOW, 1988; MIEGHEM et al., 1994; SILVA et al., 2006). A suspensão do tratamento com a amiodarona é efetivo no desaparecimento das queixas, bem como das lesões histológicas, no entanto, nos doentes com doses mais elevadas ou com terapia prolongada por vários anos, essa medida é insuficiente. A corticoterapia está indicada nas lesões pulmonares extensas com redução da difusão do CO. Nos doentes idosos submetidos a tratamento, especialmente com doses diárias superiores a 200 mg, é recomendado *follow-up* com radiografia do tórax de 6 em 6 meses (GERMANO et al., 2002). Portanto, o tratamento instituído foi a substituição pela Propafenona (150mg 2x/dia) e corticoterapia com Prednisona (1mg/kg/dia) durante 6 meses. Obteve resposta clínica favorável, com melhora significativa das queixas iniciais e das alterações radiológicas. Nas consultas posteriores, permaneceu sem queixas respiratórias (OLIVATO et al., 2015).

**Conclusão:** No caso em questão, não foi optado pela investigação complementar através da biopsia transbrônquica pulmonar e análise anatomopatológica. Pela toxicidade pulmonar da amiodarona ser um efeito tóxico conhecido e a paciente apresentar fatores de risco para tal, a hipótese foi aventada como diagnóstico de exclusão, após a resposta favorável ao tratamento.

**Palavras-chave:** Amiodarona; toxicidade pulmonar; dispneia.

## REFERÊNCIAS

CONSÍDERA, D. P. A tomografia computadorizada na avaliação da toxicidade pulmonar pela amiodarona. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2006.



GERMANO, N.; CATARINO, M. C; MENDONÇA, R. P. Pneumonite por amiodarona-um caso clínico. **Medicina Interna**, v. 9, n. 1, 2002.

MARTIN, I. I. W. J; ROSENOW, I. I.I. E. C. Amiodarone pulmonary toxicity. Recognition and pathogenesis (Part II). **Chest**, v. 93, p. 1242-1248, 1988.

MIEGHEM, W. V. *et al.* Amiodarone and the development of ARDS after lung surgery. **Chest**. v.105, p.1642-1645, 1994.

[daniellileite.1@gmail.com](mailto:daniellileite.1@gmail.com)



## PROGNÓSTICO DE TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC) EM ADOLESCENTES

*Eduardo Rodrigues Novaes; Bruna Casiraghi Pançardes.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um distúrbio psiquiátrico que se caracteriza pela presença de pensamentos obsessivos e compulsivos. Essa afecção acarreta diversos prejuízos para a vida dos adolescentes, de forma que o prognóstico da mesma deve ser considerado.

**Objetivo:** Este artigo tem por objetivo abordar o prognóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo em adolescentes, baseando-se em artigos e publicações de 2012 e 2013, objetivando elucidar melhor os aspectos relacionados ao mesmo.

**Método:** Revisão de forma sistemática dos artigos referentes aos anos de 2012 e 2013 a respeito do Prognóstico de TOC em adolescentes, revisão bibliográfica ou ensaios críticos obtidos através de pesquisa no banco de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), leitura, confecção de planilha, resumo crítico e análise comparativa dos artigos.

**Discussão:** A análise comparativa dos artigos demonstra convergência destes quanto à forma de abordagem dos tópicos avaliados, associando-os quanto a informações cujos pensamentos se complementam. No geral, o prognóstico não é muito bom. A TCC apresenta-se como principal forma terapêutica, e os IRS apresentam eficácia quanto a tratamento farmacológico. A família possui papel fundamental para o desenvolvimento do prognóstico do paciente, sendo fonte de apoio para o mesmo.

**Conclusão:** Sugere-se maior esclarecimento quanto à forma ideal do tratamento no adolescente, assim como o desenvolvimento de um maior número de estudos a respeito de como se desenvolve o prognóstico do TOC em adolescentes, já que o mesmo influi de forma drástica na vida dos mesmos e se associa a condições ruins, já que, na grande maioria dos casos, não há ocorrência de remissão completa dos sintomas.



**Palavras-chave:** Transtorno obsessivo-compulsivo; prognóstico; adolescentes; revisão de literatura.

## REFERÊNCIAS

BOILEAU, B. A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 13, n. 4, p. 401-11, 2011.

DUPONT R. L. *et al.* Economic costs of obsessive-compulsive disorder. **Medical Interface**; n. 89, p. 102-9, 1995.

KORAN, L.; THIENEMANN, M.L.; DAVENPORT, R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. **Am J Psychiatry**; n. 153, p. 783-8, 1996.

PRAZERES, A. M.; SOUZA, W. F.; FONTENELLE, L. F. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 29, n. 3, p. 262-270, 2007.

PRZEWORSKI, A. *et al.* Maternal and Child Expressed Emotion as Predictors of Treatment Response in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. **Child Psychiatry Hum Dev**, v. 43, n. 3, p. 337-53, 2012.

SALKOVSKIS, P. M. *et al.* Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. **Behaviour Research and Therapy**, n. 38, p. 347-72, 2000.



## ANESTESIA E ANALGESIA POR MEIO DA HIPNOSE

*Fernanda Assis Mello; Eduardo Rodrigues Novaes; Bruna Casiraghi Pançardes.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda,.

**Introdução:** Por definição, anestesia é uma perda de sensibilidade causada por uma depressão da excitação nas terminações nervosas ou uma inibição do processo de condução nos nervos periféricos numa área circunscrita do corpo; analgesia é a abolição da sensação de dor. A analgesia obtida com hipnose ocorre numa região determinada ou numa região que o próprio paciente entenda que deva ocorrer, não correspondendo a uma distribuição anatômica. Os pacientes que apresentam altos índices de respostas às sugestões nas escalas de suscetibilidade hipnótica podem melhor apresentar analgesia e anestesia.

**Objetivo:** O presente artigo versa sobre a hipnose como recurso auxiliar na anestesia e analgesia dentro da prática médica, avaliando algumas das principais crenças que levaram a sua dificuldade de adesão inicialmente. Ao mesmo tempo, buscou-se levantar outros princípios que tornem possíveis e eficazes sua utilização na clínica.

**Discussão:** Foi realizado um estudo de pesquisa exploratória com revisão bibliográfica, em que foram encontrados em diferentes bases de dados algumas publicações sobre a temática. A ampliação (16 anos) para a pesquisa se deu por conta da escassez de resultados, quando, aos últimos 05 anos pesquisados (2009 – 2013). Outro aspecto relevante foi às publicações iniciais se concentrarem nas descrições e conceituações do tema e as publicações mais recentes focarem a aplicabilidade da técnica como recurso no auxílio da prática clínica.

**Conclusão:** Esses achados preliminares demonstram uma representação social equivocada sobre o que é hipnose e, mais recentemente, práticas na área da saúde que buscam auxiliar e ratificar a importância e relevância do estudo da hipnose.

**Palavras-chave:** Anestesia e analgesia; hipnose; misticismo.



## REFERÊNCIAS

FERREIRA, M. V. C.; **Hipnose na prática clínica**. 1ª Reimpressão da 1ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 289-293.

MALAMED, S. F. **Manual de anestesia local**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2005, p. 2-3.

MELLO, P; ARRUDA, P. C. V; **Mecanismos neuropsico-fisiológicos da hipnose**. São Bernardo do Campo. 3. ed., 2000, p. 117-152.



## RELATO DE CASO: DISSECÇÃO DE AORTA

*Fernanda B. D. Paiva; Daniel Okita; Alex Leal Paixão.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A dissecção aguda da aorta, secundária à hipertensão arterial, constitui-se em emergência hipertensiva, caracterizada por súbita separação da camada média do vaso, rompida longitudinalmente, formando uma falsa luz, entre a íntima e a adventícia, que se comunica com a luz verdadeira. (CECIL, 2014; MARTIN et al, 2004). Os homens são acometidos duas vezes mais que as mulheres e, em 70% dos pacientes, há uma história de hipertensão (CECIL, 2014; HARRISON, 2008).

**Objetivos:** Relatar um caso não tão frequente, como auxílio para identificar a doença e reforçar o tratamento correto.

**Relato de Caso:** C.A.S., masculino, 54 anos, deu entrada no PS do H.M.E.H.G., em Resende-RJ, no dia 26/03, com quadro de dor na região retroesternal, tipo pleurítica, sem irradiação e sem sintomas associados. Paciente hipertenso e tabagista de longa data. Na admissão, apresentava-se corado, hidratado, eupneico, acianótico, anictérico, PA:160x70mmHg, HGT: 110 mg/dL, FC: 46 bpm, ritmo cardíaco regular com extra-sístoles, à ausculta pulmonar, murmúrio vesicular audível sem ruídos adventícios, abdome globoso, flácido, peristalse presente, indolor à palpação, sem visceromegalias, pulsos periféricos presentes, membros inferiores sem edema e panturrilhas livres. Foi solicitado ECG sem alterações agudas e enzimas cardíacas normais. Frente a esse quadro, solicitou-se uma TC de Tórax, que sugeriu a realização de uma angio TC de tórax por suspeita de dissecção de aorta, que foi confirmada.

**Discussão:** Neste relato é apresentado o caso de um paciente admitido no serviço de emergência, com quadro de precordialgia que piora ao respirar fundo. A dor torácica é uma das causas mais comuns de procura à assistência médica nas salas de emergência (BASSAM et al., 2002). A dissecção aórtica aguda se apresenta com o súbito aparecimento de dor, intensa, dilacerante. Os achados físicos podem incluir hipertensão ou hipotensão, pulsos impalpáveis, principalmente quando há o envolvimento das artérias subclávias, carótidas e femorais. (HARRISON, 2008).



Quando uma dissecção estende-se para dentro da aorta abdominal pode haver o comprometimento do fluxo para a artéria mesentérica. A isquemia ou um infarto mesentérico franco pode se apresentar como dor abdominal. (CECIL, 2014). Apesar de o paciente relatado ter comprometimento da artéria mesentérica e femoral, não apresentava dor abdominal e nem ausência de pulsos nos membros inferiores. É essencial confirmar com estudos de imagens. A ETE é a modalidade mais rápida, mas se a ETE não estiver prontamente disponível, a TC com contraste é o exame preferido. O objetivo do tratamento clínico inicial é evitar sua progressão e ruptura. O uso de beta-bloqueadores (labetolol, propranolol) e de um vasodilatador (nitroprussiato de sódio) é a terapia medicamentosa de escolha. (CECIL, 2014). Quando envolve somente a aorta descendente (tipo B), semelhante ao caso, o tratamento tradicional desse tipo de dissecção é clínico, ficando o tratamento cirúrgico restrito aos casos que apresentam complicações na sua evolução (FONSECA et al., 1998).

**Conclusão:** A dissecção aórtica aguda é uma emergência médica, portanto é essencial uma intervenção rápida e correta, sendo necessários a internação em unidades de terapia intensiva e o controle rigoroso dos sinais vitais. Os medicamentos devem ser continuados indefinidamente, de forma a reduzirem a incidência de complicações tardias.

**Palavras-chave:** Dissecção de aorta; dor torácica; hipertensão.

## REFERÊNCIAS

BASSAM, R. *et al.* I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 79, s. 2, Aug. 2002.

FONSECA, J. H. P. *et al.*, Utilização de Endoprótese Auto-Expansível (Stent) Introduzida através da Artéria Femoral para Tratamento de Dissecção da Aorta Descendente. **Arq Bras Cardiol**, v. 70, n. 6, p. 389-392, 1998.

GOLDMAN, L.; CECIL; A. D. **Tratado de medicina interna**. 24. ed. Rio de Janeiro; Elsevier, 2014.

HARRISON T. R. **Harrison: medicina interna**. 17. ed. São Paulo: Ed. McGraw-Hill, 2008.

MARTIN, J.F.V. *et al.* Infarto agudo do miocárdio e dissecção aguda de aorta: um importante diagnóstico diferencial. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 19, n. 4, p. 386-390, 2004.



## A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA CONTINUADA, DO RECÉM-NASCIDO AO LACTENTE, PARA O BOM DESENVOLVIMENTO VISUAL.

*Fernanda Sodero de Freitas Caramenz; Albino Moreira torres.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A visão é, dentre os órgãos dos sentidos, de grande importância para a interação e socialização do ser humano. A maior parte (90%) do desenvolvimento visual da criança ocorre durante os dois primeiros anos de vida. Toda e qualquer alteração durante essa fase, que não tenha sido corretamente detectada e tratada, pode acarretar prejuízos à visão, à saúde e à socialização da criança, cujos impactos poderão perdurar pelo resto da sua vida. O primeiro exame oftalmológico – Teste do Reflexo Vermelho - deve ser realizado ainda no berçário, pelo pediatra. Após, a Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica (2015) recomenda um exame a cada seis meses, nos dois primeiros anos de vida, e após esse período, se tudo ocorrer normalmente, um exame anual até os 8-9 anos de idade, época em que se completa o desenvolvimento da visão.

**Objetivos:** Realizar uma revisão bibliográfica acerca da relevância da realização da avaliação oftalmológica continuada, do recém-nascido à fase de lactente, com vistas ao perfeito desenvolvimento visual da criança.

**Metodologia:** Revisão bibliográfica, baseada tanto em publicações digitais, na base de dados PubMed, utilizando as expressões “avaliação oftalmológica”, “desenvolvimento visual” e “cegueira infantil”, como, também, em livros de autores conceituados em pediatria na atualidade.

**Discussão:** Importante para a comunicação e relacionamento do indivíduo, a visão contempla um processo de aprendizagem que ocorre durante os primeiros anos de vida. Se a deficiência visual acontecer nesse momento, a possibilidade de perdas significativas pode comprometer o desenvolvimento da criança. Diversas desordens oculares que podem acometer de forma significativa a visão de uma criança podem não estar presentes ou não apresentar sinais e sintomas ao nascimento. O desenvolvimento da retinopatia da prematuridade, por exemplo, é um processo gradual de neovascularização anômala, enquanto que o retinoblastoma, o tumor maligno ocular mais frequente em crianças, tem seu pico de incidência aos 18



meses de idade. Já a amaurose congênita de Leber pode ter inicialmente, um exame fundoscópico normal. Daí a importância da avaliação oftalmológica continuada, do recém-nascido até a fase de lactente, para que seja efetivo o rastreio não só das patologias oculares manifestas ao nascimento, mas também daquelas que se caracterizam por sinais e sintomas de apresentação tardia, como os exemplos supracitados.

**Conclusões:** A maior parte (90%) do desenvolvimento visual da criança ocorre durante os dois primeiros anos de vida. Toda e qualquer alteração durante essa fase que não tenha sido corretamente detectada e tratada pode acarretar prejuízos à visão, à saúde e à socialização da criança, cujos impactos poderão perdurar pelo resto da sua vida. Assim, o diagnóstico precoce dessas patologias permite um tratamento efetivo, e quando não é possível curar a doença, a prescrição de auxílios óticos e um programa de estimulação visual precoce permitem que a criança possa ter um desenvolvimento o mais próximo possível do ideal.

**Palavras-chave:** Avaliação oftalmológica; desenvolvimento visual; cegueira infantil.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Disponível em <https://www.aap.org/en-us/Pages/Default.aspx>. Acesso em: 04 mar. 2105.

FERNANDES, M. A. **As implicações de problemas visuais no processo de aprendizagem escolar das crianças**. Dissertação de mestrado. Universidade da Beira Interior, Covilhã – Portugal. 2012.

LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. (org). **Tratado de pediatria**: sociedade brasileira de pediatria. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2010.

ZIMMERMAN, ANITA: **Avaliação da visão funcional infantil em serviço oftalmológico universitário**. Tese de doutorado - Unicamp. Campinas, SP: [s.n.], 2013.



## A IMPORTÂNCIA DO IODO NA ALIMENTAÇÃO

*Fernanda Sodero de Freitas Caraméz*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Em 1850, a Organização Mundial de Saúde declarou o iodo o segundo microelemento essencial à saúde. Desde então, a adoção do uso do sal de cozinha como instrumento terapêutico auxiliar na manutenção da ingestão diária mínima de iodo pela população brasileira fez do controle sanitário sobre o sal uma importante ferramenta de saúde pública. Os prejuízos à saúde decorrentes da ingestão insuficiente de iodo são sentidos desde a gestação, podendo causar abortos, mal formações fetais, aumento da mortalidade perinatal e da mortalidade infantil, lesão cerebral, manifestações neurológicas e psicomotoras, além de retardo no desenvolvimento físico e mental, que podem ser estender até a vida adulta.

**Objetivos** Realizar uma revisão bibliográfica no que concerne à importância da suplementação de iodo na alimentação, com vistas a se evitar os danos à saúde decorrentes da carência desse microelemento.

**Métodos** A metodologia a ser utilizada será a pesquisa *on-line* de artigos científicos publicados em bases como Scielo, PubMed e DynaMed, a partir das palavras-chave *carência de iodo, iodo, hipertireoidismo e hipotireoidismo*.

**Discussão** A tireoide é uma glândula formada por dois lobos, unidos por um istmo, que se moldam à cartilagem tireoide. É o único órgão do corpo capaz de captar íons iodeto provenientes da dieta, daí a sua importância no metabolismo e utilização desse microelemento. O iodo foi o segundo micronutriente a ser declarado essencial para a saúde, pela Organização Mundial de Saúde, em 1850. Não pode ser estocado pelo organismo e deve ser ofertado continuamente e em pequenas doses. Dessa forma, o sal cumpre o importante papel de suprimento alimentar de iodo, devido ao seu padrão de consumo regular e igualmente acessível a toda a população. Os prejuízos à saúde, decorrentes da ingestão insuficiente de iodo são sentidos desde a gestação. A carência de iodo durante a gravidez pode causar abortos, malformações fetais, aumento da mortalidade perinatal e da mortalidade



infantil, lesão cerebral, manifestações neurológicas e psicomotoras, além de retardo no desenvolvimento físico e mental. Em 1983, todas as comorbidades associadas à deficiência alimentar de iodo foram agrupadas sob a denominação de *Transtornos por Deficiência de Iodo*, e designados pela sigla *IDD*, do inglês, "*Iodine Deficiency Disorders*". Constituem um sério obstáculo ao desenvolvimento social, econômico e mental da população, representando um problema de saúde pública. Além disso, a deficiência de iodo é a causa mais comum e previsível de retardo mental e danos cerebrais no mundo. O diagnóstico e tratamento das *IDDs* elevam diretamente os custos com saúde pública e indiretamente os gastos com educação, além de reduzir sobremaneira a produtividade do trabalho. Dessa maneira, é inevitável a conclusão de que o retorno econômico obtido através da redução de gastos com saúde e educação, aliado à melhora dos parâmetros econômicos decorrentes da extinção da deficiência de iodo superam, de longe, o investimento necessário à erradicação da carência alimentar desse micronutriente.

**Conclusões** O iodo é um micronutriente essencial à dieta humana, devido a sua importância na síntese de hormônios tireoidianos. Não pode ser estocado pelo organismo, devendo então ser ofertado em pequenas quantidades diariamente. Dessa maneira, o produto escolhido para a suplementação de iodo no Brasil é o sal. Além disso, os gastos em saúde pública somados às perdas econômicas decorrentes desses agravos superam em muito o investimento necessário à erradicação da carência alimentar de iodo no Brasil. Daí a importância do diagnóstico precoce e prevenção da carência alimentar de iodo na atualidade.

**Palavras-chave:** Carência de iodo; iodo; hipertireoidismo; hipotireoidismo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/faqdinamica/index.asp?Secao=Usuario&usersecoes=28&userrassunto=174>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

EASTMAN, C. J.; ZIMMERMANN, M. **The iodine deficiency disorders**. Disponível em: <<http://www.thyroidmanager.org/chapter/the-iodine-deficiency-disorders>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

ICCIDD: Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon,



Vanadium and Zinc. Disponível em: <<http://www.ign.org/p142000342.html>>. Acesso em 04 abr. 2015.

KNOBEL, M.; NETO, G. M. Moléstias associadas à carência crônica de iodo. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 48, n. 1, fev. 2004.

MENDES, H.; CARDOSO, J. A. Z. Bócio endêmico em saúde pública. **Acta Médica Portuguesa**, v. 15, p. 29-35, 2002.



## MANIFESTAÇÕES NEUROPSIQUIÁTRICAS DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

*Gabriela Lima Carvalho*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** São muitas as manifestações neuropsiquiátricas do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), podendo estar relacionadas com o Sistema Nervoso Central (SNC) e com o Sistema Nervoso Periférico (SNP). As crises convulsivas e a psicose, sem outras causas, fazem parte dos critérios diagnósticos da doença, porém a disfunção cognitiva e as cefaleias são os problemas de ordem neurológica que mais afetam os pacientes com LES. As manifestações neuropsiquiátricas estão associadas à maior morbidade e mortalidade dos pacientes.

**Objetivo:** O objetivo do presente trabalho é descrever as principais manifestações neurológicas do lúpus, para que sua identificação seja facilitada e não sejam ignoradas, quando em ocorrência na prática clínica.

**Metodologia:** Este estudo foi construído através do levantamento de dados encontrados na literatura especializada já existente, realizado entre agosto e outubro de 2014. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados virtuais Scielo, PubMed e Lilacs, onde foram consultados artigos originais e de revisão sobre o tema “manifestações neuropsiquiátricas do lúpus eritematoso sistêmico”.

**Discussão:** O lúpus eritematoso sistêmico é uma doença autoimune sistêmica crônica caracterizada por períodos de exacerbação e remissão, na qual autoanticorpos e imunocomplexos depositam-se em tecidos do próprio organismo, lesando-os. As manifestações neuropsiquiátricas foram listadas pelo *American College of Rheumatology* (1999) e incluem problemas no Sistema Nervoso Central, como convulsão, acidente vascular encefálico, psicose, cefaleia, síndrome desmielinizante, mielopatia, coreia, meningite asséptica, estado confusional agudo, desordem de ansiedade, disfunção cognitiva e distúrbio de humor e; no Sistema Nervoso Periférico, como polineuropatia, mononeuropatia simples/múltipla, Síndrome de Guillain-Barré, miastenia grave, neuropatia craniana, plexopatia e alterações autonômicas. As manifestações são secundárias a quadros hipertensivos, disfunções metabólicas e medicações utilizadas no tratamento do LES. Segundo



Jennekens *et al.* (2002), a isquemia é um importante fator na etiologia secundária a anticorpos antifosfolipídios, aterosclerose prematura, angiopatia de pequenos vasos, trombose, embolia e vasculite. Em estudo de Cunha, Takeda e Skare (2011), com 312 pacientes diagnosticados com LES, dos quais 61 (19,55%) apresentavam acometimento neuropsiquiátrico, a frequência das manifestações foi: convulsões (45%), acidente vascular cerebral (7,79%), psicose (6,10%), polineuropatia (1,79%), neuropatia craniana (1,44%), mononeurite multiplex (1,42%), coreia (0,64%), mielite transversa (0,64%), neurite óptica (0,64%). O reconhecimento precoce desses sintomas neuropsiquiátricos é prejudicado pela dificuldade de estabelecer as causas primárias ao LES e as secundárias a complicações ou ao tratamento. A ressonância magnética é o padrão-ouro para a investigação não invasiva do lúpus, mas sua especificidade e sensibilidade ainda não são adequadas. Pode ser associada à análise do líquido cefalorraquidiano e pesquisa dos seguintes autoanticorpos: antineuronais, antigangliosídeos, anticorpos de reação cruzada cerebrolinfócito, anti-p ribossomal e antifosfolipídeos, sendo os dois últimos os principais.

**Conclusão:** A identificação precoce do envolvimento cerebral pode evitar complicações graves e irreversíveis, melhorando a qualidade de vida e evitando a progressão da doença. O tratamento sintomático, imunossupressivo e a anticoagulação são utilizados de acordo com a necessidade individual de cada paciente.

**Palavras-chave:** Manifestações neuropsiquiátricas; lúpus eritematoso sistêmico; disfunção cognitiva.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. *et al.* Manifestações Neuropsiquiátricas no Lupus Eritematoso Sistêmico - A propósito de um caso clínico. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca**. Portugal, 2004.

CUNHA, J. P. P.; TAKEDA, S. Y.; SKARE, T. L. Estudo da prevalência de distúrbios neuropsiquiátricos em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico e sua associação clínica e perfil de autoanticorpos. **Rev. Med. Res.**, v. 13, n. 2, p. 86-96, 2011.

JENNEKENS, F. G. *et al.* The central nervous system in systemic lupus erythematosus. Part 2. Pathogenetic mechanisms of clinical syndromes: a literature investigation. **Rheumatology**, v. 41, n. 6, p. 619-30, 2002.





## AS NOVIDADES NA CIRURGIA DE CATARATA

*Gabriela Muniz de Souza Cesar; Gabriela Oliveira Fernandes; Miguel Zaidan.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A Sociedade Brasileira de Oftalmologia (SOB) define catarata como qualquer opacificação do cristalino que atrapalhe a entrada de luz nos olhos, acarretando diminuição da visão, podendo ser essa alteração desde pequenas distorções visuais até a cegueira. Mundialmente, a catarata é a causa mais prevalente de perda visual, respondendo por 47,8% dos casos mundiais de cegueira e 50% dos casos, no Brasil. No momento, o único tratamento para a catarata é a cirurgia, realizada com o implante de lente intraocular (LIO), sendo um dos procedimentos cirúrgicos oftalmológicos mais realizados no mundo<sup>3</sup>.

**Objetivos:** O objetivo do artigo é mostrar o femtosegundo como novidade na cirurgia de catarata e as opções das lentes intraoculares.

**Metodologia:** A pesquisa baseou-se em artigos selecionados de sites de pesquisa acadêmicos tais como Scielo, Revista Brasileira de Oftalmologia e outros referenciados.

**Discussão** A cirurgia de catarata, até os anos 50, tinha como finalidade apenas a liberação do eixo visual, com necessidade imperativa de prescrição de óculos no pós-operatório. Entretanto, com o advento das lentes multifocais e lentes intraoculares adaptáveis, hoje, o objetivo é atingir perto a emetropia. O laser femtosegundo oferece aos cirurgiões a capacidade de fazer cortes muito mais precisos em uma área sem lesar os tecidos adjacentes, personalizando e executando nas seguintes etapas: capsulotomia anterior (diâmetro e localização selecionados); depois, procedem à fragmentação do núcleo do cristalino (cortes retos ou cilíndricos) e, por último, a execução de incisões na córnea. Em seguida, o paciente é encaminhado ao centro cirúrgico, onde é concluída e a LIO implantada. O laser femtosegundo utiliza um tempo de 10-15s em comparação as outras técnicas (fotocoagulação a laser, fotoablação e fotorrompimento). Com tempos de pulso mais curtos, reduzem-se os efeitos, o que é especialmente importante na cirurgia, já que se preservam as estruturas oculares (córnea, íris, zônulas e saco capsular), cruciais para um bom resultado de visão. A modernidade na oftalmologia tem como

oportunidade a correção de algumas das deficiências ópticas. Com o femtosegundo, a cirurgia de catarata ganha um novo status e passa a ser denominada cirurgia refrativa de catarata. Pensando em satisfazer essas expectativas com uma boa visão funcional, várias inovações nas LIOs foram desenvolvidas, possuindo diversos designs. As principais são: rígidas, flexível (silicone, acrílico, hidrogel), multifocal, e outros aspectos (com filtros para luz azul, esféricas e tóricas). A biometria se faz necessária para saber qual grau cada lente deve ter e, ao oftalmologista, cabe a escolha que depende de vários fatores, desde aspectos fisiológicos até o objetivo final da cirurgia<sup>3</sup>.

**Conclusão:** O femtosegundo torna-se interessante na oftalmologia pelo tempo que economiza na fragmentação do cristalino e, principalmente, por auxiliar nas facoemulsificações difíceis. Infelizmente é uma tecnologia de alto custo, e inviável ao SUS, já que a FACO ou extração extracapsular, cirurgias de domínio dos cirurgiões e de baixo custo não comportam a demanda das cirurgias, ou seja, seria um investimento alto demais para obtenção de um mesmo resultado. Na cirurgia de catarata, deve-se levar em conta que, além da correção da opacificação do cristalino, podemos buscar a emetropia do paciente com as lentes intraoculares, visando ao objetivo final da cirurgia.

**Palavras-chave:** Catarata; femtosegundo; lentes, intraoculares.

## REFERÊNCIAS

KARA-JUNIOR, N. et al. Custo social de duas técnicas de cirurgia de catarata no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, 2010.

MARBACK, R. F. *et al.* Cirurgia de catarata: características e opiniões de pacientes com visão mono versus binocular. **Arq.Bras.Oftalmol**, v. 73, 2010.

MOSHIRFAR M, CHURGIN DS, HSU M. Femtosecond laser-assisted cataract surgery: a current review. **Middle East Afr J Ophthalmol**. v. 18, p. 23, 2011.

[gabimsc@hotmail.com](mailto:gabimsc@hotmail.com)

## RUPTURA DE VARIZES ESOFAGIANAS SECUNDÁRIAS À DOENÇA HEPÁTICA ALCOOLICA

*Glenda Alves Pereira de Oliveira; Rafaela Vieira Canettieri;  
Rafaela Nasraui Calçada; Camila Molina da Silva; Yolanda Fernandes Malta;  
Laís Maia César; Tayná de Castro Cunha.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O alcoolismo atinge 12,3% da população adulta brasileira e é o principal fator de risco para o desenvolvimento da cirrose, processo que compromete a drenagem sanguínea hepática, levando a hipertensão porta e surgimento de colaterais. A hemorragia digestiva alta é a principal complicação, devido à ruptura de varizes esofagianas e/ou gástricas, e ocorre em 50-90% dos cirróticos, com mortalidade em torno de 30%. A mortalidade está diretamente relacionada ao grau de insuficiência hepática, avaliado pela classificação de Child-Pugh.

**Relato do caso:** JEF, 49 anos, masculino, admitido na emergência devido à dor abdominal e hematêmese intensa. Evoluiu com enterorragia e piora do quadro, apresentando sinais de choque hipovolêmico. Foi medicado com Vitamina K, antifibrinolíticos e plasma fresco, e então, encaminhado ao setor de endoscopia. Foram visualizados 4 cordões varicosos de grande calibre, além de grande quantidade de sangue em fundo gástrico; realizou-se a escleroterapia sem intercorrências. Logo após, foi intubado e recebeu Concentrado de Hemácias e Noradrenalina, atingindo estabilidade hemodinâmica. Paciente com histórico de etilismo há 30 anos, Child-Pugh C, hipocorado 2+/4+, icterico +/4+, ascite de moderado volume, rarefação de pelos e presença de aranhas vasculares; Laboratório: Hm1,8/Hb6/Ht17,1/Plaq38000/Leuco6200/BT 3,6;BD 2,1/TAP 24,5/INR1,92/TGO 81/TGP 33/FA 318/GGT 555/PT 4,2;Alb2,3. Após 5 dias, foi transferido para a enfermaria em uso de Propanolol, Norfloxacin e Noripurum, com melhora clínica e laboratorial. Hm2,25/Hb8/Ht24,2/Plaq 48000/Leuco 5200/BT 2,3;BD 1,4/TAP 15,7/INR 1,14/TGO 228/TGP 100/FA 191/GGT 231/PT 5,6;Alb2,5. Na enfermaria, apresentou ressangramento das varizes e derrame pleural, onde permaneceu por mais 10 dias até receber alta.



**Discussão:** A hemorragia digestiva alta é considerada uma emergência médica pelo fato de que se não corrigida rapidamente pode levar ao choque hipovolêmico e à morte. Por sua alta morbi-mortalidade, deve ter manejo preciso, e tem como princípios a ressuscitação hemodinâmica, a prevenção e tratamento das complicações e o tratamento do episódio agudo. Nos últimos anos, a taxa de mortalidade caiu 15%, graças ao uso precoce e combinado dos tratamentos endoscópico e farmacológico e à profilaxia antibiótica.

**Conclusão:** Por ser uma emergência médica, é fundamental o reconhecimento da clínica e manejo imediato da hemorragia, para se evitar complicações e até a morte do paciente.

**Palavras-chave:** Cirurgia; hepatite alcoólica; ruptura.

## REFERÊNCIAS

CONRAD, S.A. Acute upper gastrointestinal bleeding in critically ill patients: causes and treatment modalities. **Crit Care Med**, v. 30, p. 365-368, 2002.

IMPERIALE, T.F.; BIRGISSON, S. Somatostatin or octreotide compared with H2 antagonists or placebo in the management of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: A meta-analysis. **Ann Intern Med**, v. 127, p. 1062, 1997.

LAINE, L.; PETERSON, W.L. Bleeding peptic ulcer. **NEJM**, v. 331, p. 717-727, 1994. PETERSON, W.L. Pharmacotherapy of bleeding peptic ulcer - is it time to give up the search? **Gastroenterology**, v. 97, p. 796-97, 1989.

[glenda\\_slp@hotmail.com](mailto:glenda_slp@hotmail.com)

## TRATAMENTO CONSERVADOR DE APENDICITE AGUDA COMPLICADA COM ABSCESSO CAVITÁRIO E DRENAGEM GUIADA POR TC: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

*Glenda Alves Pereira de Oliveira<sup>1</sup>; Fernanda Fonseca Oliveira<sup>2</sup>;  
Luciano Vasconcellos Quinellato<sup>2</sup>; Luiz Carlos Moraes Richa Júcior<sup>2</sup>;  
Fábio Martini Ribeiro<sup>2</sup>; Roberto Marcellus de Barros Sena<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

<sup>2</sup> Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico, atingindo cerca de 7% de toda a população. O tratamento de escolha geralmente é cirúrgico; o que não há consenso na literatura é sobre o tipo de abordagem nos casos de evolução insidiosa, onde há presença de plastrão apendicular que pode ocorrer na forma de fleimão ou abscesso cavitário.

**Objetivos:** Avaliar o êxito da terapia conservadora no tratamento de apendicite complicada com abscesso cavitário com maior tempo de evolução, por meio de breve revisão literária e no relato de experiência descrito.

**Relato do caso:** Adolescente de 13 anos, feminina, que procurou atendimento no Pronto-Socorro relatando dor abdominal difusa com início há sete dias, quando foi avaliada e medicada com sintomáticos em outro nosocômio, queixando-se posteriormente de dor localizada na fossa ilíaca direita (FID), nos últimos quatro dias. Também apresentou hiporexia, febre não aferida e abdome doloroso à palpação na FID com presença de plastrão local, mas sem sinais de irritação peritoneal. À hematimetria, observou-se discreta leucocitose, e a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome evidenciou sinais de apendicite aguda, com coprolito e imagem cística pericecal de 4 cm, compatível com abscesso. Optou-se, então, pelo tratamento conservador com uso de antimicrobiano sistêmico de largo espectro e drenagem percutânea do abscesso guiada por TC, com retirada de 33 ml de secreção purulenta enviada à cultura; no local, foi instalado um dreno túbulo-laminar. A evolução da menor foi satisfatória. O dreno foi removido no 5º dia após o controle tomográfico, não apontando coleção remanescente. A melhora do quadro clínico-laboratorial permitiu a alta da paciente no sétimo dia de internação, com uso

de antibiótico oral guiado pela cultura. O acompanhamento ambulatorial não apontou recrudescência da doença e a apendicectomia de intervalo foi considerada.

**Discussão:** A formação de abscesso periapendicular bloqueado é condição rara e acomete de 2% a 6% dos casos de apendicite retardada. A apresentação clínica é de intensa dor abdominal em FID e febre baixa nas primeiras 48 horas, seguida de melhora sensível dos sintomas, que tornarão a ganhar relevância após 7 a 10 dias, quando também são notados sinais de defesa e massa palpável nessa topografia. O tratamento, nesse caso, permanece controverso. Apesar de amplamente difundida, a abordagem cirúrgica imediata possui taxas de complicações que podem chegar a 36%, dentre elas, a disseminação da infecção, ocorrência de fístulas intestinais e realização de enterectomias ou hemicolectomias desnecessárias, quando há dúvida sobre o caráter inflamatório ou maligno da massa. Isso tende a aumentar o tempo de internação e a necessidade de reintervenções. Já o tratamento conservador consiste em antibioticoterapia de amplo espectro, seguida ou não de apendicectomia eletiva. Os abscessos intracavitários maiores que 4cm requerem drenagem, enquanto a aposição de dreno pode ser considerada nos abscessos com lojas bem definidas. Espera-se que após 48-72 horas do tratamento haja remissão dos sintomas. Caso contrário, a laparotomia exploradora está indicada. A recomendação de alguns autores modernos é a preferência do tratamento conservador com apendicectomia eletiva, após 6 a 10 semanas do evento agudo, quando a abordagem operatória apresenta menor dificuldade e agressividade, além de menor tempo operatório, de internação e de complicações.

**Conclusão:** A abordagem da apendicite aguda em sua maioria é cirúrgica, mas nos pacientes com evolução insidiosa, o tratamento conservador deve ser considerado. O uso de antimicrobiano sistêmico e exames sequenciais durante a internação norteiam a conduta. A drenagem da cavidade está indicada em alguns casos ou mesmo a laparotomia, quando há irritação peritoneal. Ainda não há um consenso sobre a apendicectomia de intervalo.

**Palavras-chave:** Abscesso; apendicite; drenagem.



## REFERÊNCIAS

ANDERSEN, B.R.; KALLEHAVE, F.L.; ANDERSEN, H.K. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. **Cochrane Database Syst Rev** 2005; CD001439.

FLEMING, F.J.; KIM, M.J.; MESSING, S. *et al.* Balancing the risk of postoperative surgical infections: a multivariate analysis of factors associated with laparoscopic appendectomy from the NSQIP database. **Ann Surg**, v. 252, p. 895, 2010.

MATTOX, K.L.; TOWNSEND, C.M.; BEAUCHAMP, R.D. **Sabiston**: tratado de cirurgia. 18. ed. São Paulo: Elsevier, 2010.

[glenda\\_slp@hotmail.com](mailto:glenda_slp@hotmail.com)



## RELATO DE CASO: PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO

*Danielli Rodrigues Leite da Silva; Talita Cristine Souza Lima;  
Letícia Baldez de Almeida; Lívia Caroline; Saviolo Cunha;  
Marleany Garcia Barros Mohallem Corrêa; Henrique de Ligouri Gelbvaks;  
Tatiane Almeida Freire; Paulo Cesar Alves Azizi.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Pneumotórax espontâneo pode ser dividido em primário, que ocorre na ausência de doença pulmonar preexistente e, o secundário, que ocorre no paciente com doença pulmonar conhecida. Até o momento a etiologia do pneumotórax espontâneo primário é desconhecida, no entanto, tende a ocorrer em adultos jovens sem pneumopatias.

**Objetivos:** Relatar um caso clínico de pneumotórax espontâneo, em paciente jovem do sexo masculino, com apresentação inicial de dispneia e dor torácica, elucidando sua evolução clínica e tratamento cirúrgico.

**Relato de Caso:** Paciente W.L.S.B., sexo masculino, 18 anos, militar, solteiro, com perfil longilíneo, natural de Volta Redonda, procura a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), após ter realizado treinamento repetitivo com Fuzil Fall, o qual voltava em seu tórax diversas vezes, na Academia Militar das Agulhas Negras (AMAN), apresentando dispneia, tosse seca e dor torácica à direita, há 2 dias. Foi diagnosticado com pneumotórax espontâneo e referenciado para o Hospital São João Batista (HSJB) para acompanhamento. Deu entrada no HSJB, no dia 29/03/2015, com quadro clínico persistente. Foi realizado Raio-X de tórax, hemograma e solicitado TC. Ao exame, apresentou-se corado, hidratado, acianótico e anictérico; RCR 2T, bulhas normofonéticas, murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito (HD), sem ruídos adventícios, com expansibilidade torácica diminuída e presença de hipertimpanismo no HD. Ao exame neurológico, apresentou Glasgow 15 sem demais alterações. No dia 29/03/15, foi realizada uma drenagem torácica em selo d'água sem sucesso, aguardando até dia 13/04, quando foi realizada a bulectomia e pleurectomia para retirada da bolha de ar, já evidenciada na TC. Paciente seguiu internado para acompanhamento.





**Resultados:** Após sua admissão, o resultado do hemograma não apresentou alterações relevantes para o quadro clínico. A TC de tórax mostrou presença de bolha em ápice pulmonar direito, orientando a equipe cirúrgica para os procedimentos a serem realizados.

**Conclusão:** A drenagem em selo d'água é frequentemente indicada para pacientes que apresentam pneumotórax espontâneo, mas, no caso relatado, não solucionou. É muito importante a conscientização nos treinamentos militares e acompanhamento médico, visando à maior segurança para os cadetes, com intuito de evitar possíveis acidentes.

**Palavras-chave:** Pneumotórax; drenagem em selo d' água espontânea e secundária.

## REFERÊNCIA

ZAROGULIDIS, P. et al. Pneumothorax: from definition to diagnosis and treatment. **Journal of Thoracic Disease**, v. 6, n. 4, p. 372-376, 2014.

[henriquegelb@yahoo.com.br](mailto:henriquegelb@yahoo.com.br)

## AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL EM CRIANÇAS DE DOIS A DEZ ANOS DE DUAS ESCOLAS DA REDE PÚBLICA DE VOLTA REDONDA-RJ

*Iriana de Faria Ribeiro Pereira; Andrea Torres, Fernanda Abrantes;  
Nathalia Esteves; Maria Luisa Rodrigues Prata; Marco Aurélio Farabello;  
Walter L. M. Sampaio da Fonseca; Ricardo Barbosa Pinheiro.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O presente trabalho tem como objetivo traçar o perfil do IMC (Índice de Massa Corporal) em crianças de dois a dez anos de idade, em duas escolas públicas de Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil.

**Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo traçar um perfil sobre obesidade nas faixas etárias acima designadas, relacionando os resultados com os dados obtidos no Brasil.

**Metodologia:** A metodologia adotada foi um estudo com 278 crianças, na faixa etária de 2 a 10 anos, em duas escolas públicas de Volta Redonda, no período de 23 a 26 de fevereiro de 2015, por meio de um formulário com tópicos, nos quais foram registrados: nome, idade, sexo, peso e altura para posterior cálculo do IMC e análise. Após o cálculo, foi avaliado o IMC por meio de tabela de percentis.

**Resultados:** Como resultado, tivemos, com peso adequado, 203 crianças (73%); seguida pelo sobrepeso, 30 crianças (10,8%); obesidade, em 19 crianças (6,83%); risco de sobrepeso, em 10 (3,59%); magreza, em 9 (3,23%); magreza acentuada, em 4 (1,43%) e; obesidade grave, em 3 (1,07%).

**Discussão:** A partir dos dados encontrados e analisados, observa-se que houve um predomínio de crianças com o IMC adequado. Todavia, só foi possível analisar as consequências da alimentação no desenvolvimento das crianças e não sua qualidade. No Brasil, de maneira geral, observa-se uma tendência temporal da diminuição da desnutrição infantil associada a um aumento da prevalência da obesidade, fato que tem preocupado especialistas, o aparecimento do sobrepeso e da obesidade que tem sido constatado em idades cada vez mais precoces. Estudos realizados em algumas cidades brasileiras mostram que o sobrepeso e a obesidade já atingem 30% ou mais das crianças e adolescentes.



**Conclusão:** No estudo acima exposto, a prevalência de obesidade e sobrepeso não foi tão exuberante, variando entre 4,35% e 13,7%, de acordo com faixa etária e sexo. Entretanto, tal fato não diminui a necessidade de serem implementadas metodologias de prevenção, combate e diminuição de sobrepeso e obesidade na infância.

**Palavras-chave:** Índice de massa corporal infantil; prevalência; análise.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, F. V. C. A utilização do critério da Organização Mundial da Saúde para classificação do estado nutricional em crianças. Motriz: **Rev Educ Fis**, v. 16, p. 811-9, 2010.

ESCRIVÃO, M. *et al.* Obesidade na infância e na adolescência. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 76, s. 3, p. 305-310, 2000.

SOUZA, L. S. C. *et al.* Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 47, n. 2, p. 151-157, 2003.

SPYRIDES, M.H.C. *et al.* Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. **Rev. Bras. Saúde Materna**. v. 5, n. 2, p. 145-153, 2005.

ZEFERINO, A.M.B. *et al.* Acompanhamento do crescimento. **J Pediatr**. v. 79, s. 1, p. 23-32, 2003.

## SÍNDROME DE *DUMPING* APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

*Jamile Nóbrega Zeraik Abdalla; Raylane Shellyda A. Anate;*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** As alterações da anatomia gástrica depois de uma cirurgia bariátrica podem ter profundos efeitos sobre o esvaziamento gástrico, como a Síndrome de *Dumping*. Devido a uma diminuição ou exclusão da capacidade do estômago em regular seu esvaziamento, bem como atuar como reservatório do bolo alimentar, os alimentos ingeridos permanecem muito pouco tempo no estômago, passando quase que imediatamente para o duodeno. O paciente pode apresentar: sudorese, taquicardia, palidez, fraqueza, plenitude gástrica, náusea, vômitos, diarreia, entre outros.

**Objetivo** O artigo tem por objetivo principal analisar e colher as informações mais importantes abordadas, com base nos artigos analisados sobre Síndrome de *Dumping* após cirurgia bariátrica, e com base nessas análises, obter uma visão ampla sobre essa doença.

**Metodologia:** A pesquisa baseou-se em artigos selecionados de sites de pesquisas acadêmicas, de boa qualidade e referência, tais como Scielo, Revista Brasileira de Análises Clínicas e outros referenciados no item REFERÊNCIAS.

**Desenvolvimento:** As síndromes pós-gastrectomias formam um conjunto de afecções, muitas vezes, de difícil identificação e tratamento. Com a retirada parcial ou total do estômago, há aremoção de todo antro e conseqüente diminuição na produção de secreções gástricas, com prejuízo da digestão e absorção de nutrientes. A sintomatologia é devido à ativação da resposta vasomotora e liberação de prostaglandinas, produzindo suor, taquicardia, mudanças eletrocardiográficas, fraqueza, cólicas, hipermotilidade e diarreia, caracterizando a Síndrome de *Dumping*. Pode ocorrer de forma precoce (logo após alimentação) ou tardia (1-3 horas após alimentação). A Síndrome de *Dumping* é diagnosticada de forma clínica com base nos sintomas típicos. O tratamento é sintomático, sendo necessário, em casos de não adaptação, intervenção cirúrgica.



**Conclusões:** A síndrome de *Dumping* é causada após praticamente todas as operações gástricas e é caracterizada pela sensação de plenitude pós-prandial que vem acompanhada de outros sintomas associados. Esses sintomas podem ser precoces ou tardios. Sua etiologia resume na rápida passagem do quimo hiperosmolar para o intestino, sem ocorrer absorção de nutrientes. Com isso, deve-se orientar os pacientes em pós-gastrectomia sobre dietas específicas e alertas de risco adequados para se prevenir a Síndrome de *Dumping*.

**Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica; síndrome de *Dumping*.

## REFERÊNCIAS

PAPINI-BERTO, S. J.; BURINI, R. C. Causas da desnutrição pós-gastrectomia. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 38, n. 4, Oct. 2001.

SANCHES, G. D. *et al.* Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. bras. ter. intensiva** [online], v. 19, n. 2, p. 205-209, 2010.



## INTERFERÊNCIA DA RELIGIOSIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO

*Jeannie Delgado Oliveira Marinho; Maria Vitória Cozzi Cartagena;  
Danielli Rodrigues Leite Silva; Walter Luiz Sampaio Fonseca; Marcilene Fonseca.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Atualmente, muitas pesquisas estão sendo feitas com o objetivo de demonstrar a interferência da espiritualidade na saúde, portanto muitas faculdades de medicina de todo o mundo apresentam esses temas aos alunos como disciplina curricular. Muitas pesquisas revelam que comportamentos religiosos influenciam na saúde dos seres humanos. Uma pesquisa feita nos EUA mostrou que pessoas que frequentam cultos religiosos ou creem em fenômenos espiritualistas têm melhores respostas a tratamentos, melhor qualidade de vida, maior expectativa de vida, além de, em casos de doenças terminais, o momento “fim-de-vida” ser mais tranquilo e brando. Pesquisas ainda apontam que pessoas mais velhas que participam de atividades religiosas apresentam menos sintomas de debilidade física na velhice e menores taxas de depressão, ansiedade crônica e demência. A neurociência, através de métodos de imagens, afirma que durante a prece o cérebro melhora suas funções orgânicas, alterando a produção hormonal, de modo a melhorar o bem estar físico do indivíduo, como diminuição da produção de adrenalina e cortisol e aumento da liberação de serotonina, dopamina e endorfinas que proporcionam o funcionamento mais harmônico do organismo. Dessa forma, este trabalho visa apresentar e discutir sobre pesquisas encontradas que têm como tema a influência da espiritualidade na saúde, e apresentar os dados colhidos nas entrevistas de forma a comparar as formas de lidar com a enfermidade nas diferentes crenças.

**Metodologia:** O trabalho é um estudo transversal analítico. A população estudada foi composta por 14 pacientes portadores de neoplasias, presentes na sala de quimioterapia do Hospital da Unimed de Volta Redonda, nos quatro dias de entrevista, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); sendo, 06 pacientes que se declaram católicos, 04 evangélicos, 03 espíritas kardecistas, 01 sem religião; nenhum paciente presente nos dias das entrevistas era de outra religião. A coleta de dados foi feita com base em um questionário

semiestruturado com um roteiro de entrevista direcionado para avaliar o modo como o paciente entende sua doença e a relação que faz com sua religião, além de mudanças no comportamento religioso, devido ao estado de saúde e, como o paciente está lidando com sua condição física atual. Foi realizado um questionário objetivo para identificação dos pacientes, quanto à idade, gênero, estado civil, escolaridade e religião. Após o preenchimento do questionário objetivo, foi realizado o questionário qualitativo, em forma de entrevista. A entrevista foi gravada em mídia para garantir fidedignidade das informações e realizada individualmente com cada paciente. Como o trabalho inclui seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CoEPS) e, após sua autorização, foi realizado.

**Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo apresentar as diferentes formas de relação que a fé pode ter com a qualidade de vida de pacientes oncológicos.

**Resultados:** Em resumo, ao questionário qualitativo foi possível observar que, quando um indivíduo se depara com o diagnóstico do câncer, muitas vezes, entende-se como uma espécie de atestado de óbito. Após a revelação do diagnóstico, a reação do paciente depende de suas experiências individuais, bem como de suas visões de mundo e crenças religiosas. Os profissionais de saúde tem um importante papel na desmistificação de valores e sentimentos negativos que carregam a palavra Câncer para os pacientes e seus familiares. A formação da autoimagem no curso da doença também é muito valorizada. A queda de cabelo, o emagrecimento, palidez, mastectomia, orquiectomia afetam psicologicamente o paciente de forma muito significativa. Foi possível observar que cada religião aborda a fé de formas diferentes, porém promovem igual apoio, conforto e segurança. A religião, portanto, não é o que importa, mas sim a religiosidade/espiritualidade e fé que cada um possui. A crença religiosa esteve presente em todos os pacientes entrevistados e foi de comum acordo que, sem ter uma fé para se apoiar, seria mais difícil encarar a realidade que a doença traz à tona.

**Conclusão:** Nesta pesquisa, em primeira análise, pudemos observar diferentes maneiras de enfrentamento da doença e como a religião/fé está incluída nesse contexto. Muitos se prendem à religiosidade para ter suporte e força no momento entre o diagnóstico e resolução. Entretanto, ainda será realizado um estudo mais apurado sobre os depoimentos dos pacientes, pois se trata de uma pesquisa fenomenológica e a conclusão final demandará tempo.



**Palavras-chave:** Religiosidade; oncologia.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, L. N. F.; FRANCISCO, A. L. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, jun. 2007.

LUCCHETTI, G; *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.

[jeannie.marinho@hotmail.com](mailto:jeannie.marinho@hotmail.com)





## A COMUNICAÇÃO DO CÂNCER NA ONCOPEDIATRIA: UM DESAFIO NA PRÁXIS MÉDICA

*João Otávio Bellotti Rossi; Sônia Cardoso Moreira Garcia.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Em uma visão de subjetividade dentro de uma perspectiva histórico-cultural, abordar o câncer enquanto doença nos faz deparar com uma das mais relevantes e intrigantes questões: os estereótipos, os significados e os sentidos que o acompanham. O câncer representa uma doença que traz consigo o estigma de morte incorporado à nossa cultura e que se traduz necessariamente numa relação médico e paciente com características singulares, diferenciando-a de situações menos contundentes (YAMAGUCHI, 2002). De mãos dessa premissa, devemos esclarecer como se dá, de fato, o processo e a gravidade real do adoecimento pelo câncer, sendo que a solução não deve estar ancorada na hipótese de se deixar de anunciar a verdade do adoecimento para os pacientes, mas sim, de reconstruir o conceito da doença, ressignificando-a em seus sentidos e, com isso, desmistificando-a. A ocorrência do câncer aumenta com a idade e a maioria dos casos acontece entre adultos de meia idade ou ainda mais velhos. Entretanto, pode também acometer jovens e crianças, o que torna o diagnóstico da doença, culturalmente, ainda mais sombrio. Entretanto, é cientificamente comprovado que o câncer, nessa faixa etária, é de melhor prognóstico. Acompanhado por Vale (2002), temos como toda doença grave e aqui, o câncer infantil, vem perdendo sua característica de doença aguda e fatal, passando a ter especificidades de doença crônica e, em muitos casos, passível de cura. Caminhando, temos a oncopediatria que é a área da Medicina que cuida, especificamente, dos pacientes infanto-juvenis que possuem diagnóstico de câncer, patologia essa que causa grande impacto na vida do paciente, de sua rede familiar e rede social e, isso, devido aos seus estereótipos negativos que deslizam desde os emocionais quanto aos psicológicos, levando a um grande envolvimento e mergulho do médico, da criança com câncer e sua família, tríade do cuidado e da atenção, a uma situação impactante e assustadora.



**Objetivo:** Apresentar a necessidade real em voltarmos nossas atenções para a mobilização de aspectos positivos, dentre eles, recursos emocionais internos, diante da boa performance que se apresenta, a partir da comunicação do diagnóstico, dentro do contexto da oncologia pediátrica, promovendo reflexões para alcançarmos a oxigenação das relações interpessoais e, nelas, a humanização da comunicação da má notícia diante do diagnóstico de câncer pediátrico.

**Metodologia:** O projeto foi delineado didaticamente passando por cinco etapas: epistemológica, teórica, técnica, morfológica e analítico-conclusiva, com o uso da Tabela de Análise de texto das Dimensões Novikoff. Serão utilizadas as bases de dados LILACS, BVS, MEDLINE, PubMed, UpToDate com os descritores “oncopediatria”, “má notícia” e “comunicação”, além de literaturas como Robbins & Cotran e fontes governamentais como a Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE) e Instituto Nacional do Câncer (INCA).

**Justificativa:** Auxiliar, de forma decisiva, as equipes de tratamento do câncer pediátrico na estruturação das relações pessoais com seus pacientes, modificando-as, em sua essência e, com isso, alcançando a excelência na comunicação e tratamento.

**Considerações finais:** O paciente oncopediátrico e sua rede revelam aos médicos que há algo para além do olhar técnico que está influenciando o andamento do tratamento e do desfecho. Este algo denuncia a necessidade de esclarecermos qual deve ser o pilar para a sustentação da comunicação da má notícia, junto a esse grupo infantil. E mais, se possível, na impossibilidade de efetivação do referido pilar, que haja uma sistematização para esse fim, de forma que seja desenhado e praticado com as nuances da humanização, que sejam pautadas no conhecimento prévio de que uma comunicação empática e com afetos positivos entre médico e paciente podem contribuir como fatores diferenciados e humanizantes em saúde e, com isso, acreditamos que haja uma melhor adesão do paciente e seus responsáveis legais ao tratamento.

**Palavras-chave:** Comunicação; câncer; oncopediatria.



## REFERÊNCIAS

ABBAS, A.K. *et al.* **Robbins & Cotran patologia. Bases patológicas das doenças.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2010, 1458 p.

AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S. Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2747-2756, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Câncer na criança e no adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2008. DESLANDES S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes S. F. (organizador). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 33-47.



## TUMOR DE KLATSKIN: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

*Fernanda Pompeu; Joice de Carvalho Paes; Thais Bressan Batista Rodriguez;  
Marcelo Geovanni Gomes; Geraldo Assis Cardoso.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Resumo:** Os tumores de Klatskin são um tipo de colangiocarcinoma que atinge os ductos biliares e estão localizados na bifurcação do ducto biliar comum. É um tumor de crescimento lento que predomina no sexo masculino, com diagnóstico em torno dos 60 anos.

**Relato de caso:** Paciente P.C.F, sexo masculino, negro, 64 anos, 71 Kg, ex-caminhoneiro, amasiado, natural da cidade do Rio de Janeiro, apresentava icterícia, prurido intenso por toda superfície corporal, perda ponderal importante (aproximadamente 20 quilos em três meses) e hematúria. Sua dieta não possui restrição. Relata ex-tabagismo 20 maços/ano e uso de “rebite” (anfetamina) por, aproximadamente, 20 anos. História familiar consta pai falecido por ICC e mãe falecida por câncer, cujo foco desconhece. Ao exame físico, apresenta-se lúcido e orientado, hidratado, eupneico e icterico ++++/4+. Aparelho digestório apresentando abdome atípico, peristalse presente, flácido, doloroso à palpação do hipocôndrio direito, sem massas ou visceromegalias. Aparelho geniturinário com presença de hematúria. Exames lab: triglicerídeos 422mg/dL, TGO: 68, TGP: 48, GamaGT: 119, bilirrubina total: 26mg/dL (BD: 14,9mg/dL e BI 11,1mg/dL). Foi submetido a uma colangioproctoscopia, cuja conclusão diagnóstica foi Tumor de Klatskin. Investigação para estadiamento realizada com TC de tórax e abdome que não evidenciaram possíveis metástases.

**Discussão:** O colangiocarcinoma é uma lesão maligna epitelial que surge no ducto biliar. Possui baixa incidência e baixa prevalência, acometendo, geralmente, pacientes na 6ª década de vida, com uma leve predominância sobre o sexo masculino. É o segundo tumor maligno hepático mais comum. A etiologia desse tumor ainda é desconhecida. A apresentação clássica dessa patologia se dá através da icterícia progressiva, prurido, perda ponderal e dor em hipocôndrio direito. As alterações laboratoriais presentes são: aumento da fosfatase alcalina, transaminases que podem elevar até duas vezes, em diagnósticos mais tardios, pode haver

redução do hematócrito e da prova de coagulação. Dentre os marcadores tumorais, o CA19.9 demonstrou ser mais útil para o diagnóstico de colangiocarcinoma. Os métodos de diagnóstico por imagem estão mais específicos e mais sensíveis para determinar os tumores de vias biliares, assim como o envolvimento vascular, como US Doppler, tomografia computadorizada, colangioressonância magnética, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, colangiografia percutânea. O manejo cirúrgico com excisão completa e bordas negativas é a única modalidade de tratamento potencialmente curativa. A maioria dos pacientes não tratados possui uma sobrevida de, aproximadamente, seis meses. Já aqueles submetidos à ressecção cirúrgica tem sua sobrevida aumentada para 25% a 45%, em 5 anos após a cirurgia. Pacientes portadores de tumores irresssecáveis devem ser submetidos ao tratamento paliativo.

**Conclusão:** A apresentação dessa patologia se dá através da icterícia progressiva, prurido, perda ponderal e dor em hipocôndrio direito. Portanto, o tumor de Klatskin, mesmo se tratando de uma lesão maligna epitelial, possuindo baixa incidência e baixa prevalência, deve ser sempre considerado como diagnóstico diferencial das doenças hepáticas, pois é o segundo tumor maligno hepático mais comum e doenças gastrintestinais, já que o colangiocarcinoma é o 5º mais comum.

**Palavras-chave:** Tumor de Klatskin; diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

KASPER, D.L. *et al.* **Harrison medicina interna**. 16. ed. v. 2. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.

ROBBINS, S. L.; KUMAR, V. (ed.); ABBAS, A. K. (ed.); FAUSTO, N. (ed.). **Patologia: bases patológicas das doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.



## AValiação DO PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE PROFESSORES DO ENSINO SUPERIOR E SUA CORRELAÇÃO COM A PERCEPÇÃO DA AUTOIMAGEM CORPORAL

*Gabriela Girão de Albuquerque; Jose Cristiano Paes Leme da Silva;*

*Silvio Henrique Vilella; Gustavo Lopes Orphao;*

*Jhony Florêncio da Silva; Victor da Gama Rezende.*

UNIFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Obesidade e excesso de peso corporal são considerados problemas de abrangência mundial e impactam negativamente na qualidade de vida, por sua associação à doenças cardiovasculares, renais, digestivas, diabetes mellitus, problemas hepáticos e ortopédicos, bem como por questões psicológicas (WHO, 2010). Considerando a influência do excesso de peso corporal na qualidade de vida das pessoas, este projeto tem como proposta a determinação do perfil corpóreo de professores de um centro universitário de Volta Redonda. A determinação desse perfil é fundamental para a avaliação das condições físicas e da saúde, consequentemente para a melhoria da qualidade de vida.

**Objetivo:** Avaliar o perfil antropométrico e caracterizar a percepção da autoimagem corporal de docentes de um centro de ensino superior da cidade de Volta Redonda.

**Metodologia:** Pesquisa de campo, de corte transversal, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Volta Redonda, sob parecer número 39024614.4.0000.5237. População envolvida: docentes dos cursos de um centro universitário de Volta Redonda. Até o momento foram avaliados 13 indivíduos (n=13). Todos assinaram TCLE antes de participar. Foram feitas aferições das medidas antropométricas de estatura, massa corporal (MC), circunferência abdominal e dobras cutâneas de tríceps e subescapular (MARFELL-JONES; OLDS, 2006). Também foi aplicada autoavaliação da imagem corporal, através da escala de *Stunkard* (PETROSKI; PIRES-NETO; GLANER, 2010). Foi realizado o preenchimento de questionário sobre estilo de vida, autoavaliação da imagem corporal e satisfação com o próprio peso corporal. A análise dos dados se constituirá na exploração descritiva das variáveis estudadas, no cálculo das prevalências de sobrepeso/obesidade e grau de satisfação em relação ao peso corporal.



**Resultados parciais:** Este projeto teve início em abril de 2015. Os próximos meses serão destinados à coleta de dados de uma amostra composta por 100 docentes (que corresponde a 20% da população total). Até o momento, 13 docentes participaram da pesquisa e destes, 60% e 87,5%, entre homens e mulheres, respectivamente, estão acima do estado de eutrofia. Em termos de avaliação da autoimagem, o grupo também mostra prevalência de percepção do estado próximo ao sobrepeso e obesidade, refletido com 33,3% e 71,5%, entre homens e mulheres, respectivamente. Quanto à classificação do perímetro abdominal, 62,5% e 60% de homens e mulheres, respectivamente, foram classificados 'na' e 'acima' da faixa de risco aumentado, quanto à vulnerabilidade de risco para complicações cardiovasculares (TRIFFONI-MELO; SANTOS; DIEZ-GARCIA, 2014).

**Considerações finais:** Com este projeto espera-se determinar o perfil corporal e caracterizar a percepção da autoimagem corporal dos docentes participantes. Após o término deste estudo, será elaborado um relatório com os dados do projeto que poderão ser apresentados individualmente aos docentes participantes da pesquisa.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; excesso de peso corporal; docentes.

## REFERÊNCIAS

MARFELL-JONES, M. *et al.* International standards for anthropometric assessment (ISAK). **International Society for the Advancement of Kinanthropometry**, North-West University, South Africa, 2006.

PETROSKI, E. L.; PIRES-NETO, C. S.; GLANER, M. F. (orgs.). **Biométrica**. Junidai/SP: Fontoura, 2010.

TRIFFONI-MELO, A. T.; SANTOS, R. C. L.; DIEZ-GARCIA, R. W. Effect of weight and body composition changes on waist measurement of severely obese women receiving carbohydrate-restricted diet. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 27, n. 1, Feb. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity; 2010.

[cristiano1964@gmail.com](mailto:cristiano1964@gmail.com)



## RELATO DE CASO: PNEUMONIA BACTERIANA NA INFÂNCIA COMPLICADA COM DERRAME PLEURAL

*Julia Guarnieri Köhler; Davi Antônio Ramon Haddad; Victor Rebelo Procaci;  
André Luis Franco Cotia; Marcela Santos Carvalho.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A pneumonia bacteriana é definida como uma inflamação do parênquima pulmonar causada por um agente infeccioso bacteriano. É responsável por 80% das mortes por infecções respiratórias agudas na infância. Além disso, é responsável por grande parte da mortalidade infantil em uma escala mundial. Tem como principal agente o *Streptococcus pneumoniae*, em todas as faixas etárias, exceto nos lactentes. O derrame pleural é a principal complicação da pneumonia bacteriana na infância.

**Objetivo:** O objetivo deste artigo é descrever um caso clínico de um escolar acometido por uma pneumonia bacteriana complicada. Além disso, discutir as recomendações presentes na bibliografia médica.

**Relato de Caso:** GSC, sexo feminino, 5 anos de idade. Deu entrada no Pronto-Socorro pediátrico do HMMR, com quadro de tosse, taquipneia, febre e inapetência há 2 dias. Ao exame, apresentava-se toxemiada, frequência respiratória de 42 irpm, temperatura axilar de 38 °C, presença de estertores creptantes bilaterais à ausculta. Foi realizado o diagnóstico clínico de Pneumonia Bacteriana, com internação hospitalar, solicitado exames laboratoriais, iniciado antibioticoterapia empírica com Penicilina Cristalina IV e medidas de suporte. No segundo dia de internação, a paciente evoluiu com piora, macicez à percussão e diminuição do murmúrio vesicular na base do hemitórax esquerdo. Diante da piora, foi solicitado Rx de torax PA, perfil, e incidência de Laurell. Os exames de imagens evidenciaram um derrame pleural volumoso. Após, foi solicitado um parecer da Equipe de Cirurgia Pediátrica para avaliar a possibilidade de drenagem do derrame. Realizada a avaliação, foi feito a drenagem em selo d'água. A antibioticoterapia permaneceu a mesma e, após 4 dias, a paciente evoluiu com melhora expressiva do quadro respiratório e, quando completou 10 dias de internação, teve alta assintomática.



**Discussão:** A pneumonia bacteriana na infância é caracterizada por instalação aguda de febre, tosse e dor torácica. No exame físico, o dado mais sensível para o diagnóstico é a presença de taquipneia. Podem estar presentes achados de uma síndrome de consolidação pulmonar: estertores creptantes, aumento do fremito, sopro tubário. Além desses achados, é importante estar atento aos sinais de insuficiência respiratória e estados de gravidade. Pode ser solicitado Rx de torax para confirmar diagnóstico, assim como avaliar a extensão do processo infeccioso. Exames laboratoriais, como hemograma e hemocultura, devem ser solicitados nos pacientes internados. Os principais critérios para internação incluem: menores de 2 meses, sinais de gravidade, comprometimento do estado geral, comorbidades graves e presença de complicações. O tratamento de escolha em regime hospitalar é a Penicilina Cristalina intravenosa. Quando ocorrer falha terapêutica, persistência da febre e instabilidade clínica, o primeiro passo é identificar a presença de complicação. A principal é o derrame pleural, que acomete cerca de 40% das crianças internadas por pneumonia. O agente que possui maior chance de causa-lo é o *Staphylococcus aureus*, porém o *Streptococcus pneumoniae* permanece sendo o principal agente do derrame pleural, pois tem maior incidência. No exame físico, pode ser encontrada abolição ou diminuição do fremito toracovocal e do murmúrio vesicular e presença de submacicez a percussão. A radiografia de torax em PA revela velamento do seio costofrênico acometido. Além disso, pode ser solicitada a incidência de Laurell para quantificar melhor o derrame. No caso de dúvida ou derrames pequenos, a ultrassonografia é de grande utilidade. Após a confirmação do derrame, é ideal realizar uma toracocentese para diferenciar de exsudato não complicado do empiema. No caso de empiema, é necessário realizar a drenagem torácica associada ao antibiótico para um tratamento efetivo. Vale lembrar que não é necessário fazer a troca do antibiótico, a princípio, pois o principal agente permanece sendo o *Streptococcus pneumoniae*.

**Conclusão:** Em suma, a pneumonia bacteriana possui grande morbimortalidade na população pediátrica. Portanto, o seu rápido reconhecimento, identificação efetiva de complicações, realização de tratamento e seguimento corretos são necessários para a prática médica diária. Dessa forma, é possível evitar e diminuir uma das principais causas de morte infantil.

**Palavras-chave:** Pneumonia; derrame pleural; infecção.



## REFERÊNCIAS

ASSEFA, D.; BYE, M. R. Pediatric Pleural Effusion Treatment & Management. Disponível em: <[emedicine.medscape.com/article/1003121](http://emedicine.medscape.com/article/1003121)>. Ago. 2013.

FERREIRA S., RIBEIRO J. D. et al. Pneumonia Adquirida na Comunidade na Infância: Diagnóstico Clínico e Classificação de Gravidade. Diretrizes clínicas na saúde suplementar. **Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde suplementar**. Jan, 2011.

HARRIS, M. *et al.* British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. **Thorax**, v. 66, s. 2, p. 1-23, out. 2011.

## ECTOPARASITOSE BRASILEIRAS HIPERENDÊMICAS

*Andrei Ricardo Rodrigues Guedes; Bárbara Arêas Garbois;  
Beatriz Nicolite de Azevedo; Beatriz Novaes da Silva Camargo;  
Gustavo Magalhães Rocha Dias; Isabelly Regis Cruz; Juliano Guimarães de Oliveira;  
Marisa Silva Rodrigues; Mônica Dias Ferreira; Henrique Wogel Tavares.*

Unifoa – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Ectoparasitoses são zoodermatoses causadas por diversos tipos de agentes que se instalam na pele do hospedeiro, parasitando-o externamente sem atingir a circulação ou órgãos internos. No Brasil, muitas dessas doenças ainda são muito comuns, principalmente em comunidades de baixo desenvolvimento socioeconômico, sendo que tungíase, larva migrans cutânea e pediculose são hiperendêmicas no país.

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho é revisar as principais características das três ectoparasitoses mencionadas, avaliando seu diagnóstico e tratamento, assim como as principais medidas preventivas e de controle.

**Metodologia:** Será feita a revisão sistemática de livros e diversos artigos brasileiros disponíveis nos maiores bancos de dados on-line (SciELO, PubMed, Bireme e outros).

**Discussão:** As três ectoparasitoses hiperendêmicas, no Brasil, são tungíase, larva migrans cutânea e pediculose. A tungíase, conhecida como “bicho-de-pé”, é uma doença zoonose. Seu agente causador é a fêmea fecundada da *Tunga penetrans*, pulga hematófaga que habita ambientes secos e aeróbios. Possui alta morbidade em localidades pobres, tanto rurais quanto urbanas, sendo que, em alguns desses locais, pode infestar mais da metade da população, acometendo mais crianças. A penetração da pulga ocorre nos pés, quando a fêmea irá inserir-se no tecido vivo para alimentar-se de sangue, enquanto matura seus ovos. As estruturas respiratória e reprodutora ficam expostas ao meio externo por um orifício e, assim ela vai liberando seus ovos por um método chamado de “bola de canhão”. Os principais sintomas são prurido e dor, podendo ocorrer dificuldade de deambulação e perda de unhas ou dedos. A larva migrans cutânea é conhecida como “bicho geográfico”. Seu agente são as larvas de helmintos como *Ancylostoma braziliense* ou *A. caninum*. A transmissão ocorre pelo contato com solo ou fômites

contaminados por fezes de cães e gatos hospedeiros. Ocorre em terrenos arenosos, sendo a circulação de animais um fator de risco. As crianças são as mais acometidas. O ser humano é um hospedeiro acidental e as larvas invadem o corpo humano através da pele e não conseguem atingir tecidos mais profundos, ficando retidas na camada subcutânea. Começam a se movimentar ao acaso, destruindo a camada germinativa de Malpighi, criando túneis microscópicos que produzem uma reação inflamatória com infiltrado eosinofílico e mononuclear. Essa inflamação gera prurido e forma o sinal característico da doença, que são lesões serpinginosas eritematosas. A Pediculose é causada pelo *Pediculus humanus corporis*, *Pediculus humanus capitis* e *Pthirus púbis*. A transmissão pode ser tanto por contato direto ou indireto. Utiliza pelos e fios de cabelo como suporte para se apoiarem e perfurarem a pele do hospedeiro para poder se alimentar de seu sangue. Sua saliva possui toxinas analgésicas e anticoagulantes, para sua alimentação. Essas são, muitas vezes, as causadoras das reações de sensibilidade que geram o prurido característico dessa doença. O *P. humanus corporis* é mais comum de climas frios e o *P. humanus capitis* é mais comum de climas quentes, com grande quantidade no Brasil. Não sobrevivem muito tempo fora do hospedeiro, sucumbindo em um dia à dessecação e inanição. O diagnóstico dessas doenças é feito através da clínica. Uma boa anamnese colhida e um exame físico minucioso, com detalhada inspeção visual, podem indicar as lesões características ou até mesmo a visualização dos parasitas. A epidemiologia também é um fator de auxílio para esse diagnóstico. O tratamento é realizado, no caso da tungíase e pediculose, pela remoção mecânica do parasita em ambiente asséptico. Outra possibilidade é o uso de Ivermectina como tratamento por via oral. No caso da larva migrans cutânea, é viável a utilização de pomadas como Tiabendazol tópico e, em casos mais graves, usa-se Tiabendazol sistêmico, Albandazol ou Ivermectina. A profilaxia dessas doenças são medidas simples que, muitas vezes, são ignoradas pela população, como a utilização de calçados fechados, a lavagem adequada de roupas e o controle da circulação de animais. Um processo de educação da população é necessário, para que as devidas medidas preventivas possam ser tomadas e a população tome consciência de como se proteger desses parasitas.

**Conclusão:** Percebe-se que essas ectoparasitoses são ainda muito presentes na população brasileira, acometendo, principalmente, comunidades de baixo



desenvolvimento socioeconômico, onde encontramos indivíduos desinformados. Com o desenvolvimento de medidas de educação da população, deixando-a ciente das maneiras de prevenção dessas doenças, a morbidade poderá ser reduzida em larga escala.

**Palavras-chave:** Bicho-de-pé; bicho geográfico.

## REFERÊNCIAS

ARIZA, L. et al. Tungíase: doença negligenciada causando patologia grave em uma favela de Fortaleza, Ceará. Fortaleza, Brasil, **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 40, p. 63-67, 2007.

CASELLA, A.M.B. et al. Seria o *Ancylostoma caninum* um dos agentes da neurorretinite sub-aguda difusa unilateral (D.U.S.N.) no Brasil? **Arq Bras Oftalmol**. v. 64, p. 473-476, 2001.

FELDMEIERS, H.; HEUKELBACH, J. Epidermal parasitic skin diseases: a neglected category of poverty-associated plagues. Geneva, Switzerland. **Bull World Health Organ**, v. 87, n. 2, Feb. 2009.

FERNANDES, J. B. V. D.; GORN, P. G. V.; MATAYOSHI, S. Tratamento da fitiríase palpebral com ivermectina. **Arq Bras Oftalmol**, v. 64, n. 2, p. 157-8, 2001.

MELO, Hadmila R. Dermatozoonoses. In: TAVARES, W.; MARINHO, L.A.C. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.



## POLICITEMIA VERA

*Rafaela Vieira Canettieri; Glenda Alves Pereira de Oliveira; Laís Mais Cezar;  
Camila Molina da Silva; Rafaela Nasraui Calçada; Yolanda Fernandes Malta;  
Isis Rosemeri Oliveira Lassarote.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A Policitemia Vera (PV) é um distúrbio mieloproliferativo crônico, que ocorre devido à multiplicação clonal anormal de uma célula progenitora hematopoiética na ausência de um estímulo fisiológico conhecido, havendo assim uma superprodução, sobretudo de eritrócitos, bem como leucócitos e plaquetas. Essa doença acomete todas as faixas etárias, sendo mais comum em idosos, apresentando maior prevalência no sexo masculino. O seu diagnóstico é estabelecido por meio de critérios rigorosos, com base nas características patológicas e genéticas da doença, descartando assim causas secundárias. O principal objetivo do tratamento da PV é retardar a produção de eritrócitos e assim diminuir sua quantidade, sendo feita a Flebotomia, além de drogas mielossupressoras utilizadas em pacientes com alto risco de eventos trombóticos.

**Objetivo:** A dissertação exposta tem como objetivo revisar a literatura bibliográfica em relação à Policitemia Vera, reunindo seus principais aspectos clínicos, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Tais informações são relevantes para que o médico não especialista suspeite da doença e intervenha precocemente, instituindo a terapêutica correta.

**Metodologia:** Este trabalho foi realizado por meio do levantamento de dados encontrados na literatura já existente. Foram realizadas pesquisas bibliográficas em livros e nas bases de dados do Pubmed, Scielo, Medline e Medstudent.

**Discussão:** A Policitemia Vera (PV) é um transtorno mieloproliferativo monoclonal, devido à hiperplasia das células hematopoiéticas, caracterizada por uma produção anormal e acentuada de eritrócitos, leucócitos e plaquetas no sangue periférico. A PV é geralmente associada a uma mutação no gene chamado JAK2V617F, onde o gene JAK2 é uma quinase ligada a receptores de membrana de fatores de crescimento, como a eritropoietina e a trombopoietina. A aquisição de uma mutação pontual V617F leva à ativação constante dessa proteína, independente dos fatores

de crescimento aos seus receptores de membrana, ativando assim a cascata de fosforilação intracelular, indicando proliferação celular. Considerada uma doença rara, com uma incidência de 2,3/100.000 pessoas por ano, acomete todas as faixas etárias e é mais comum no sexo masculino. A Policitemia Vera é, normalmente, suspeitada em pacientes assintomáticos com eritrocitose a esclarecer. Os principais sintomas são fraqueza, fadiga, enjoo e dificuldades respiratórias. A PV pode ainda comprometer o sistema circulatório e gerar dor de cabeça, danificar a visão, afetar o coração manifestando dor torácica ou a circulação periférica, levando a claudicação. A PV possui três fases: a fase inicial, denominada prodrômica ou pré-policitemica, na qual há apenas eritrocitose discreta ou limítrofe; fase pletórica, com a sintomatologia acima descrita; e fase tardia, de esgotamento ou consumo, com fibrose medular, com queixas de fraqueza, devido à anemia, e desconforto abdominal pela esplenomegalia evidente. O tratamento constitui-se em flebotomia para manutenção do hematócrito < 45%, AAS e controle de fatores de risco reversíveis (HAS, tabagismo) para trombose. Considera-se terapia citorrredutora (hidroxiureia, interferon-alfa) na falha da flebotomia e na esplenomegalia progressiva ou sintomática.

**Conclusão:** O diagnóstico certo, em conjunto com a instituição da terapêutica precoce da Policitemia Vera, torna-se importante, quando é do conhecimento científico que a sobrevivência dos pacientes assintomáticos sem tratamento não ultrapassa 2 anos, sendo as causas trombóticas resultantes do aumento da viscosidade sanguínea as principais responsáveis pela morte desses pacientes. Apesar de ser considerada uma doença rara, é importante que o médico não especialista suspeite de hemogramas com alterações dos valores do hematócrito e hemoglobina e, a partir desses dados laboratoriais, investigue a real causa da eritrocitose.

**Palavras-chave:** Policitemia vera; eritrócitos; síndromes mieloproliferativas.

## REFERÊNCIAS

HARRISON, T. R.; LONGO, Dan L. **Medicina interna de Harrison**. 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.





LANDOLFI, R. et al. Leucocytosis as mayor trombotic risk factor in patients with polycythemia vera. **Blood**, 2007.

SERDLOW, S. H. *et al.* World Health Organization Classifications of Tumours of Haematopietic and Lymphoid Tissues. **IARC Press**, Lyon, France, 2008.

STUART, B. J.; VIEIRA, A. J. Polycythemia Vera. **AmFamPhysician**, 2004.

TEFFERI, A. Polycythemiavera: a comprehensive review and clinical recommendations. **Mayo ClinProc**, 2003.

[rafaelacanet@gmail.com](mailto:rafaelacanet@gmail.com)



## PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA DEVIDO A CÁLCULO URETERAL

*Rafaela Vieira Canettieri; Laís Maia Cezar; Camila Molina da Silva;*

*Rafaela Nasraui Calçada; Yolanda Fernandes Malta;*

*Glenda Alves Pereira de Oliveira; Isis Rosemeri Oliveira Lassarote.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A doença renal crônica (DRC) caracteriza-se pelo processo de redução irreversível, significativa e contínua da quantidade de néfrons. Apresenta três grupos possíveis de etiologias: causas sistêmicas, primárias ou urológicas. As causas urológicas são nefrolitíase, obstrução e refluxo vesico-ureteral. No relato do caso será abordada a nefrolitíase. A obstrução ao fluxo de urina, com estase concomitante e elevação da pressão no trato urinário, compromete as funções renal e dos canais urinários e constitui uma causa comum de insuficiência renal aguda e crônica. Com o alívio rápido da obstrução, os defeitos na função costumam desaparecer completamente. Entretanto, a obstrução crônica pode produzir perda permanente de massa renal e da capacidade excretória, assim como maior suscetibilidade às infecções locais e a formação de cálculos.

**Objetivos:** Este trabalho tem por objetivo relatar o caso clínico de um paciente, apresentando cálculos na região do ureter, que acabavam por obstruir o fluxo urinário, obstrução essa que provavelmente já era crônica, pois produziu perda permanente de massa renal, levando ao quadro de doença renal crônica.

**Relato de Caso:** Paciente masculino, 36 anos, hipertenso, é admitido com dor lombar, eliminação de 25 cálculos, diminuição do volume urinário e vômitos. Foi realizada US dos rins e vias urinárias, mostrando cálculos na região do ureter (bilateral). Paciente foi, então, submetido à ureterolitotripsia. Após a cirurgia, foi encaminhado ao setor de clínica médica, para avaliação da função renal e sua evolução. Paciente chegou ao setor com um cateter duplo J, sonda vesical e já havia realizado 3 sessões de hemodiálise. Os exames laboratoriais revelaram: Hematócrito: 27,4%; Hemoglobina: 9,3 g/dL; Hemácias: 3,63 milhões/mm<sup>3</sup>; Ureia: 151 mg/dl; Creatinina: 9,6 mg/dl. Sua anemia persistente, provavelmente, era devido à insuficiência renal crônica que estava instalada. A doença renal crônica se classifica em estágios, os quais são divididos de acordo com a taxa de filtração, que



pode ser estimada através dos valores da creatinina sanguínea. São cinco os estágios. O quinto estágio corresponde à fase de insuficiência renal terminal. Seu clearance de creatinina era de 27 ml/min, portanto ele pertencia ao estágio 4 de doença renal crônica, chamada de fase pré-diálise, na qual já se indica a confecção de fístula arteriovenosa. Recebeu alta após implantação de cateter de tenckhoff no abdome, que é usado para realização de diálise peritoneal.

**Conclusão:** O paciente do caso era jovem e evoluiu com alterações urinárias e eliminação de inúmeros cálculos, gerando um quadro de insuficiência renal crônica, isto é, seu rim foi lesado de tal forma que não conseguiu se restabelecer e normalizar a função renal, necessitando para isso de hemodiálise.

**Palavras-chave:** Doença renal crônica; nefrolitíase; cálculo.

## REFERÊNCIAS

JUNIOR, J.E.R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **J. Bras. Nefrol**, v. 26, n. 3, s. 1, p. 1-3, 2004.

BRAUNWALD, F.; KASPER, H.; LONGO, J. **Harrison medicina Interna**. 18. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, v. 1-2, 2013.

DRAIBE, S.A. Insuficiência Renal Crônica. In: SCHOR, N. **Guia de Nefrologia**. São Paulo (SP): Manole; 2002.

[rafaelacanet@gmail.com](mailto:rafaelacanet@gmail.com)



## ABORDAGEM DA FEBRE DE ORIGEM OBSCURA CLÁSSICA (FOO)

*Leonardo Augusto Arinelli Barbosa; Amanda Pires Machado;  
Giselle Groetares de Lima; Guilherme Carneiro Barreto; Leticia de Abreu Silva;  
Luísa de Carvalho Guerra; Otávio Mendonça Lucas; Sabrina Kelly Alves Honório;  
Saulo Reindel Bonfim.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Condição comum no atendimento terciário e quaternário, menos frequente nos níveis 1º e 2º, caracterizada por febre indiscutível, durando mais do que 3 semanas, em uma situação clínica inconclusiva e sem diagnóstico após terapêutica inicial. Diante de uma FOO clássica, as etiologias possíveis são: infecções, neoplasias, doenças inflamatórias não infecciosas, miscelânea e causas não determinadas. Um conhecimento aprofundado dos grupos etiológicos permite dirigir uma anamnese e exame físico eficiente para a avaliação diagnóstica. Também faz parte dessa avaliação uma série de exames clínicos essenciais. À medida que o quadro evolui, novos sintomas podem surgir de forma que outros exames se fazem necessários. O tratamento varia em terapia específica, após o diagnóstico ou prova terapêutica com avaliação da resposta.

**Objetivos:** Apresentar informações contidas na literatura da última década que permitam orientar o raciocínio diagnóstico diante de uma febre de origem indeterminada clássica. Espera-se que por meio deste, garanta-se maior facilidade em determinar hipóteses diagnósticas, questionamentos pertinentes na anamnese e exames fundamentais para confirmação das hipóteses.

**Métodos:** Estudo de revisão bibliográfica, com caráter qualitativo, restrito à FOO clássica, baseado em informações publicadas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e LILACS, no período de 2005 a 2015, e nas atualizações encontradas na obra de referência utilizada pela instituição, "Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias" (3. ed., 2012).

**Discussão:** A elucidação de um caso de FOO clássica, geralmente, não se prende a esquemas terapêuticos fixos. As causas e a prevalência desse tipo de febre variam de acordo com a região estudada; no entanto, alguns conceitos são, de maneira geral, concordantes em diferentes fontes bibliográficas. O conhecimento

desses pontos de convergência traz benefícios para a prática dos profissionais de saúde. A sequência de raciocínio a ser apresentada é consenso entre Lambertuci, Ávila e Voieta (2005); Pereira e colaboradores (2010) e Tavares e Marinho (2012). É fundamental diante de um caso de febre prolongada, certificar-se de que a febre realmente existe, descartando assim febres fraudadas e aumentos fisiológicos da temperatura. Após a constatação, prossegue-se com uma rotina mínima e inteligente de exames físicos e complementares capazes de identificar condições prevalentes como pneumonia, faringoamigdalite, sinusite e infecção urinária. Se não houver definição diagnóstica após a rotina inteligente, a investigação da febre obscura deve ser iniciada. Para a investigação adequada são imprescindíveis: (1) pesquisa de patologias endêmicas; (2) anamnese minuciosa incluindo principalmente aspectos profissionais, hábitos, viagens recentes, procedência, doenças prévias, contato com doentes ou animais, uso de medicações ou drogas e história familiar completa; (3) exame físico detalhado e seriado, com pesquisa de lesões cutâneas, visceromegalias, linfonodos aumentados, sopros, alterações no trajeto das artérias temporais, no fundo de olho e na palpação das tireoides. Se ainda não existirem indícios que orientem uma investigação complementar específica, deve-se realizar uma rotina básica de exames complementares, dos mais simples para os mais complexos. Em último caso, é adequado realizar prova terapêutica.

**Conclusão:** Cada paciente deve ser conduzido de forma personalizada e individual, porém o conhecimento das etiologias prevalentes e dos exames mais importantes a serem solicitados, em casos onde há ou não sugestão diagnóstica, auxilia na formação de um padrão de atendimento e elucidação.

**Palavras-chave:** Febre de origem desconhecida; anamnese; investigação laboratorial; diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

LAMBERTUCCI, J. R.; AVILA, R. E. D.; VOIETA, I. Febre de origem indeterminada em adultos. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v.38, n.6, p.507-513, dez. 2005 .

PEREIRA, N. G. *et al.* Temas de atualização e revisão em Clínica Médica: febres prolongadas de origem obscura: parte 1. **J. bras. med**, Rio de Janeiro, v. 98, n. 2, p.26-36, abr./maio, 2010.



TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

[leoarinelli@hotmail.com](mailto:leoarinelli@hotmail.com)



## CONJUNTIVITE EM NEONATO COM ÊNFASE NA IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO

*Livia Cristina Rios; Ana Beatriz Bastos Silva Alves de Sá Chaves;  
Leoni Ferreira da Silva; Miguel Zaidan; Ricardo Barbosa Pinheiro.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Conjuntivite Neonatal (CN) é definida como uma conjuntivite purulenta do recém-nascido, no primeiro mês de vida, usualmente contraída durante o seu nascimento, a partir do contato com secreções genitais maternas contaminadas. Os fatores predisponentes às conjuntivites neonatais são parto vaginal, asfixia neonatal e ruptura prolongada da membrana amniótica. Apresenta um importante potencial de complicações locais e sistêmicas, além da necessidade de exames laboratoriais para seu diagnóstico etiológico. Embora o uso do Nitrato de Prata pareça ainda ser o método oficial, seu uso tem sido questionado devido à incompleta proteção contra clamídia, principal agente da conjuntivite neonatal nos dias atuais, e pela frequente ocorrência de conjuntivite química. Por isso, constitui importante problema de saúde pública, negligenciado no Brasil, onde não há padronização do método de prevenção.

**Objetivos:** O objetivo é discutir e comparar as informações contidas na revisão bibliográfica à prática médica, na vivência do internato de pediatria no Hospital São João Batista - Volta Redonda, na prática clínica de neonatologia. Além disso, enfatizar a importância da prevenção e como a profilaxia pode evitar complicações irreversíveis no neonato.

**Relato de Experiência:** Não há um consenso em relação à conduta adotada para profilaxia da CN. Isso pode ser demonstrado pela divergência entre os estudos consultados para elaboração do artigo. Na maternidade do Hospital São João Batista, na cidade de Volta Redonda, a conduta é a administração do colírio de Nitrato de Prata 1% em todos os recém-nascidos de parto normal, na primeira hora após o nascimento. Já nos nascidos de parto cesáreo, a conduta é variável de acordo com o tempo de ruptura das membranas amnióticas, o que está de acordo com a recomendação da Academia Americana de Pediatria, entretanto ainda não há uma padronização do método em protocolo no Brasil.



**Resultados:** Além da profilaxia medicamentosa, reduzir a prevalência das infecções genitais na população geral, instituir a triagem na rotina pré-natal e o tratamento pré-parto das mulheres grávidas infectadas são intervenções importantes na tentativa de diminuir o número de casos de CN, assim como suas consequências.

**Conclusões:** Na maternidade do Hospital São João Batista - Volta Redonda, é adotada a profilaxia com o método de Credé (Nitrato de Prata 1%), visando evitar a CN e suas graves complicações. Todos os recém-nascidos de parto normal recebem o colírio na primeira hora após o nascimento, e a conduta nos nascidos de parto cesáreo depende do tempo de ruptura das membranas amnióticas. Conclui-se que a elaboração e a incorporação de programas voltados para ações no âmbito da saúde ocular, com intervenções eficazes, ainda não constituem realidade efetiva na maioria dos países em desenvolvimento, como no Brasil, e, quando existentes, são dirigidos com maior afinco à atenção primária de saúde. É importante ressaltar que o tratamento de qualquer infecção materna antes do parto pode ajudar a reduzir as complicações da doença, como também ajudar a diminuir a incidência da cegueira infantil, não só nos países em desenvolvimento, mas também nos países desenvolvidos.

**Palavras-chave:** Conjuntivite neonatal; conjuntivite; neonato.

## REFERÊNCIAS

DIAS, C.; GONÇALVES, M.; JOÃO, A. Epidemiological Study of Hospital-Acquired Bacterial Conjunctivitis in a Level III Neonatal Unit. **Scientific World Journal**, 2013.

FERREIRA, J. et al. Evaluation of national health-care related infection criteria for epidemiological surveillance in neonatology. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 90, n. 4, Ago. 2014.

LÚCIO, I. M. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; ALMEIDA, P. C. Investigação do reflexo vermelho em recém-nascidos e sua relação com fatores da história neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2007.

MATEJCEK A.; GOLDMAN M. D.; GOLDMAN R. D. Treatment and prevention of ophthalmia neonatorum. **College of Family Physicians of Canada**. Nov. 2013.

NETTO, A. A.; GOEDERT, M. E. Avaliação da aplicabilidade e do custo da profilaxia da oftalmia neonatal em maternidades da grande Florianópolis. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 5, 2009.





PASSOS A. F.; AGOSTINI F. S. Conjuntivite neonatal com ênfase em sua prevenção. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 70, n. 1, p. 57-67, 2011.

[liviacrios@yahoo.com.br](mailto:liviacrios@yahoo.com.br)



## ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL: SISTEMA DE SAÚDE COLETIVA

*Livia Cristina Rios; Wilson Ferreira de Souza Neto; Rômulo Ribeiro Garcia;  
Rafael Souza Pinheiro; Tayná de Castro Cunha;  
Felipe Augusto Vasconcellos A. Alvim;  
Guilherme Rangel Ibrahim; Luciano Rodrigues Costa.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco é um dos grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Devido a isso, o trabalho aborda os princípios dessa assistência pré-natal e sua aplicabilidade na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), com enfoque na assistência e acompanhamento.

**Objetivos:** Revisar os conceitos atuais da assistência pré-natal e comparar com a realidade de três UBSFs dos bairros: Siderlândia, Belmonte e Ponte Alta, assim como fazer um levantamento do número de gestante que fizeram assistência pré-natal nessas UBSFs, comparando aos dados do município de Volta Redonda-RJ e do Brasil.

**Relato de Experiência:** No presente estudo, notou-se que o fácil acesso das gestantes ao serviço de saúde nas unidades avaliadas, assim como a conscientização da importância que o pré-natal traz à gestante e ao recém-nascido faz com que as unidades atinjam um maior número de gestantes. Observamos, neste estudo, que, em Volta Redonda, as unidades Siderlândia, Belmonte e Ponte Alta atingem a maioria das gestantes, sendo 99%, 93% e 88%, respectivamente, o índice de gestantes acompanhadas em cada um dos bairros.

**Resultados:** Após breve análise, podemos concluir que a melhor unidade, com os melhores índices foi a UBSF do bairro Siderlândia e os motivos serão discutidos e comprovados por números, durante o estudo. Dessa forma, o grupo propõe mudanças para melhorar os índices, principalmente, do bairro Ponte Alta, visto que 43% das gestantes se encontram na faixa etária menor de 20 anos. Ressaltamos a importância de medidas de prevenção da gravidez com uma propaganda maior voltada para esse público alvo. Outra medida cabível seria a intensificação nos



programas de imunização de crianças e adolescentes, principalmente na UBSF Ponte Alta, gerando assim jovens e adultos imunizados. E, por fim, uma intensificação nos programas de conscientização quanto à importância do pré-natal para a saúde da mãe e do bebê.

**Conclusões:** No ano de 2014, a população do Brasil foi estimada em 203.963.008, segundo dados do IBGE. Desse total, 7.071.748 foram gestantes, em 2014, ou seja, 3,46% da população brasileira. Desse total, 5.816.651 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, ou seja: 82,25% das gestantes de 2014 iniciaram pré-natal, conforme calendário do MS. Em 2014, no Município de Volta Redonda – RJ, a população foi estimada em 330.630 pessoas e o número de gestantes do ano foi de 5.495, de acordo com o SIAB, ou seja, 1,66% da população. Desse total, 5.110 fizeram o pré-natal no primeiro trimestre, totalizando 92,99%. Com esses dados, podemos concluir que Volta Redonda está acima das estimativas quando comparado a todo o país. Dado positivo para o município.

**Palavras-chave:** Assistência ao pré-natal; pré-natal.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família:** uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

População brasileira e número de gestantes. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 mar. 2015.

Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <www.datasus.gov.br/SIAB>. Acesso em: 15 mar. 2015.

[liviacios@yahoo.com.br](mailto:liviacios@yahoo.com.br)



## ANÁLISE DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS EM PACIENTES DA UBSF JARDIM CIDADE DO AÇO DE VOLTA REDONDA-RJ

*Lucas Rebelo Silva Puccini; Mara Gonçalves Pinto Giffoni; Vinicius Soares Costa  
Melo; Geraldo Assis Cardoso.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda

**Introdução:** Comumente, em meio à atenção básica, a não adesão dos pacientes ao tratamento do Diabetes Mellitus (DM) é um problema para a equipe de estratégia de saúde da família e para o paciente que passa a ter complicações orgânicas da doença. O sistema de saúde ignora os determinantes sociais intermediários e os fatores de riscos biopsicológicos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. A terapêutica deve ter um seguimento na prática clínica desfocada do médico e centrada na pessoa.

**Objetivo:** Objetiva-se, neste trabalho, identificar e quantificar, através de um questionário, se o portador de DM adere a uma alimentação adequada. É um estudo transversal com a análise da adesão ao tratamento nutricional do DM, não levando em consideração o tipo.

**Metodologia:** Foram questionados 24 pacientes diabéticos, a partir das consultas feitas na UBSF Jardim Cidade do Aço, no período de 05 a 23 de agosto de 2013. Foi utilizado um questionário para abordagem. O critério de inclusão foi o diagnóstico de DM.

**Resultados:** 71% dos entrevistados ingerem açúcar, semanalmente ou diariamente. Mais de 90%, quando vão a uma festa, comem alimentos inadequados. A grande maioria (83,3%) na abordagem cognitiva comportamental não adere à cessação do açúcar da dieta.

**Conclusões:** Os resultados permitem afirmar que há uma baixa adesão dos diabéticos no plano terapêutico nutricional. Seria uma estratégia da equipe de saúde demandar mais do paciente o tratamento da doença. Na abordagem, a equipe deveria elucidar informações sobre a responsabilidade de mudanças comportamentais e ser utilizada como instrumento de manejo clínico.

**Palavras-chave:** Adesão; comportamento; diabetes mellitus; nutrição; tratamento.



## REFERÊNCIA

COSTA, J.A. *et al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

[maragiffoni@hotmail.com](mailto:maragiffoni@hotmail.com)



## ABORDAGEM CIRÚRGICA DE TUMOR INVASIVO COLORRETAL: UM RELATO DE CASO

*Mara Gonçalves Pinto Giffoni; Rafaela Ladeira da Silva Melo Campos Barreto;  
Marcelo Betim Paes Leme; Evandro de Moraes e Silva.*

HSJB – Hospital São João Batista, Volta Redonda-RJ.

**Introdução:** Estimam-se, para 2014, no Brasil, 15.070 casos novos de câncer de cólon e reto, em homens e 17.530, em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 15,44 casos novos a cada 100 mil homens e 17,24 a cada 100 mil mulheres. Neste relato é possível expor a investigação diagnóstica realizada em um caso câncer de cólon em uma paciente previamente acometida por câncer de útero. Pretende-se frisar o tratamento que a paciente recebeu, os exames que puderam constatar o diagnóstico e o seguimento clínico-cirúrgico realizado.

**Objetivo:** Este relato pretende expor a investigação diagnóstica realizada em um caso tumor de cólon em uma paciente do sexo feminino de 54 anos. Objetiva-se expor o tratamento que a paciente recebeu, os exames que puderam constatar o diagnóstico e o seguimento tomado para auxílio em futuras condutas.

**Metodologia:** Trata-se de um relato de caso, com termo de consentimento livre e esclarecido (modelo UniFOA) assinado pela paciente em questão. Foram pesquisados, na revisão de literatura, artigos científicos completos publicados na Internet dos últimos 10 anos, utilizando as bases de dados Medline, Google Acadêmico e Scielo.

**Relato de Experiência:** A paciente, L.I.S., 54 anos, feminino, branca, divorciada, do lar, natural de Andrelândia – MG, procedente do bairro Santo Agostinho, Volta Redonda-RJ compareceu ao pronto atendimento do Hospital São João Batista com queixa de mudança do hábito intestinal. Relatava que esse sintoma já vinha se manifestando há 5 meses, acompanhado de cólicas, com saída de muco, tendo um único episódio de sangramento anal. Negava uso contínuo de medicações, história familiar positiva para câncer, mas alegava que já havia sido submetida à cirurgias prévias, como uma Hemorroidectomia, há 20 anos e Histerectomia total, com Radioterapia e Braquiterapia, devido a um câncer, há 2 anos. Em seu exame físico, era possível perceber que estava hipocorada e taquicárdica sem outras informações

importantes. Foi solicitado colonoscopia que evidenciou estenose concêntrica da luz (15 cm borda anal), não permitindo o deslocamento do equipamento à montante. Mucosa vizinha sem alterações significativas, exceto pelo relevo apresentado na foto 1, onde foi realizada biópsia, resultando em colite inespecífica. Posteriormente, com a tomografia, percebeu-se massa obliterante em reto. A paciente foi submetida à laparotomia, porém não foi possível ressecar todo tumor, pois já invadia parênquima e tecidos adjacentes, bastante aderidos e de difícil dissecação. Foi confeccionado bolsa de colostomia e a paciente segue com acompanhamento multidisciplinar.

**Conclusão:** O estudo em questão nos elucida um caso de tumor de cólon de crescimento rápido e de grande volume, que devido à irressecabilidade do tumor, visto no estadiamento intraoperatório não foi possível realizar ressecção com margem a M0. Portanto, foi realizado o tratamento paliativo, com ressecção parcial e confecção de bolsa de colostomia, visando a não obstrução do trânsito intestinal. A paciente segue com acompanhamento no centro de oncologia e com psicólogos, visando à melhor qualidade e dignidade de vida.

**Palavras-chave:** Câncer colorretal; coloproctologia; colostomia; cirurgia.

## REFERÊNCIA

BENSON, A. B.; DESCH, C. E.; FLYNN, P. J. 2000 update of American Society of Clinical Oncology colorectal cancer surveillance guideline. **J Clin Oncol**, v. 15, p. 3586-3588, 2000.

[maragiffoni@hotmail.com](mailto:maragiffoni@hotmail.com)





## CONDUTA E MANUSEIO DA SÍFILIS EM GESTANTE COM SEQUELAS DE SÍFILIS: UM RELATO DE CASO

*Mara Gonçalves Pinto Giffoni; Mariana Pádua do Amaral;  
Lucas Rebelo Silva Puccini; Mário Ribeiro de Souza Carneiro Neto.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A sífilis congênita é a consequência da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou tratada de forma inadequada, transmitindo ao feto transplacentariamente. Neste relato, é possível expor a investigação diagnóstica realizada em um caso de Sífilis em uma gestante que já apresenta sequelas decorrentes da sífilis neonatal. Pretende-se frisar o tratamento que a gestante recebeu, os exames que puderam constatar a infecção e o seguimento clínico-cirúrgico tomado.

**Objetivo:** Este relato pretende expor a investigação diagnóstica realizada em um caso de Sífilis em uma gestante de 28 anos, frisando o tratamento que a gestante recebeu, os exames que puderam constatar a infecção e o seguimento clínico-cirúrgico tomado. Esse caso envolve a questão quanto à importância das condutas adequadas, como os possíveis erros de exames complementares que podem mudar o curso da investigação por muitos serem operador-dependentes.

**Metodologia:** Trata-se de um relato de caso com o termo de consentimento livre e esclarecido (modelo UniFOA) assinado pela paciente em questão. Foram pesquisados, na revisão de literatura, artigos científicos completos publicados na Internet nos últimos 10 anos, utilizando-se as bases de dados Medline, Google Acadêmico e Scielo.

**Relato de Experiência:** E.F.A, feminino, 28 anos, do lar, G3P2A1, cursou até o ensino fundamental. É procedente e natural de Rio Claro – RJ. Realizava o pré-natal nessa cidade, onde foi diagnosticada tardiamente com Sífilis, já estando a paciente no início do terceiro trimestre da gestação. Como o hospital da sua cidade de origem não oferecia infraestrutura adequada para um parto complicado, a paciente foi transferida para o Hospital da Mulher de Barra Mansa (PSI-HMBM), no dia 21 de outubro de 2014. No dia 20 de outubro de 2014, foi realizada nova Ultrassonografia e Doppler fluxometria obstétrica, na qual foi compatível com 29 semanas e 03 dias

de gestação. Outros achados na USG foram: oligohidrâmnio acentuado; ILA 4,4; placenta de inserção posterior, textura heterogênea, grau II de maturação. As alterações fetais foram: área cardíaca aumentada com sinais de derrame pericárdico, hepatoesplenomegalia fetal importante, estômago não visualizado e rins hipoplásicos. A conclusão da USG foi: boa perfusão útero-placentária; CIUR assimétrico e centralização fetal.

**Resultados:** O manejo aplicado foi a internação hospitalar da paciente recebendo a terapêutica com penicilina benzatina (2.400.000 u, via intramuscular), conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, a fim de conter agravos decorrentes da sífilis gestacional. No dia 22 de outubro, às 13h43, foi realizado um parto cesareano, devido à indicação de morte fetal eminente intraútero, na tentativa de realização do tratamento fetal extraútero. O colo uterino estava impróprio para indução do trabalho de parto.

**Conclusões:** O estudo do caso descrito evidenciou que a qualidade do pré-natal recebido pela gestante é fator crucial para o seguimento clínico e condutas adequadas, fato que, no presente caso, não foi suficiente para garantir o controle da sífilis congênita e o alcance da meta de incidência da doença. Deve-se lembrar de que a sífilis congênita é considerada um marcador da qualidade da assistência pré-natal de uma população em termos epidemiológicos. Nesse sentido, esforços para desenvolver testes rápidos para diagnóstico que permita que o tratamento seja realizado no início gestacional poderia diminuir, em muito, a incidência da infecção congênita em locais com baixa assistência, onde a população tem acesso restrito à educação e aos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Sífilis; *treponema pallidum*; atenção básica; gestação.

## REFERÊNCIA

ARAUJO, C. L. D. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, June, 2012.

[maragiffoni@hotmail.com](mailto:maragiffoni@hotmail.com)



## ANEMIA PERNICIOSA EM UMA ESCOLAR

*Juliana Annete Damasceno Rodrigues; Marcela Santos Carvalho.*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A deficiência de vitamina B12 causa anemia megaloblástica, mas somente quando há má absorção, devido à falta de fator intrínseco. Essa anemia é chamada de anemia perniciosa. Trata-se de uma gastrite atrófica autoimune resultante da destruição das células parietais do estômago, associada à falta do fator intrínseco para se ligar à vitamina B12 ingerida. A prevalência da deficiência de vitamina B12 varia entre 5% e 60%, dependendo do critério diagnóstico. A anemia perniciosa é muito rara em crianças, mais frequente em idosos, acima de 60 anos e do sexo feminino, além de ser mais comum em pacientes com história familiar ou com outras doenças autoimunes associadas. O reconhecimento e tratamento da deficiência de vitamina B12 são essenciais, visto que é uma causa reversível de falência da medula óssea e doença desmielinizante do sistema nervoso.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi relatar um caso de anemia perniciosa em uma escolar.

**Relato de Caso:** Escolar de 7 anos, feminino, branca, previamente hígida começou a apresentar palidez e sonolência. A pediatra assistente solicitou hemograma que detectou anemia. Foi então iniciado tratamento com sulfato ferroso, via oral, na dose de 5 mg/kg de peso corporal, dividido em duas tomadas, juntamente com vitamina C. Dois meses após o início da terapêutica com ferro, a menor encontrava-se mais prostrada. Repetido o hemograma, identificou-se piora dos níveis de hematócrito, hemoglobina e queda da contagem de leucócitos e das plaquetas. Foi então encaminhada à hematologista para investigação. Ao exame físico, apresentava-se hipocorada (+++/4+), hidratada, acianótica, anictérica, afebril e eupneica. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome flácido, indolor, sem massas ou visceromegalias. Apresentava uma mácula acrômica sugestiva de vitiligo em mão esquerda. Sem antecedentes patológicos dignos de nota e vacinação em dia. Ao analisar o hemograma, foi iniciada a investigação para esclarecimento da etiologia da anemia. Foram solicitados: dosagem de vitamina B12, ácido fólico, homocisteína, ácido acetil malônico, eletroforese de hemoglobina, anticorpo anticélula parietal e



anticorpo antifator intrínseco, que vieram compatíveis com deficiência de vitamina B12. Foi então iniciado o tratamento com vitamina B12 na dose de 1000mcg/dia intramuscular (IM) por 15 dias. No 15º dia de tratamento foi realizado novo hemograma, que evidenciou melhora substancial dos níveis de hemoglobina e hematócrito, além de normalização de leucócitos e plaquetas. O tratamento foi continuado em 1000mcg/mês de vitamina B12 IM.

**Conclusão:** É essencial que o médico saiba fazer o reconhecimento e tratamento correto da deficiência de vitamina B12, visto que é uma doença desmielinizante do sistema nervoso e que pode gerar sequelas neurológicas irreversíveis, quando não tratada adequadamente. O tratamento da anemia perniciosa deve ser realizado durante toda vida do paciente, já que é uma causa irreversível de deficiência de vitamina B12.

**Palavras-chave:** Anemia perniciosa; gastrite atrófica; vitamina B12; vitiligo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. M. **Anemias.** Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/16976064/anemias-uol>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

MCNEIL, K.; CHOWDHURY, D.; PENNEY, L.; RASHID, M. Vitamin B12 deficiency with intrinsic factor antibodies in an infant with poor growth and developmental delay. **Paediatr Child Health**, v. 19, n. 2, p. 84-86, feb. 2014.

STABLER, S. P. Vitamin B12 Deficiency. **N Engl J Med**, v. 368, n. 2, p. 149-160, 2013.

ZÚÑIGA, E. C.; CHEYNE, J. A. R.; SERNA, R. A. V., *et al.* Anemia perniciosa: descripción de un caso clínico. **Rev Col Gastroenterol**, v. 23, n. 1, p. 83-88, 2008.

[mah\\_scarvalho@hotmail.com](mailto:mah_scarvalho@hotmail.com)



## USO DE ANTIBIÓTICO EM OTITE MÉDIA AGUDA

*Laís Maia Cezar; Bernardo Guimarães Tinoco Ayres; Maria Cecília Siqueira Ferreira;  
Rafaela Vieira Canettieri; Ricardo Barbosa Pinheiro.*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.*

**Introdução:** A otite media aguda (OMA), apesar de ser uma comorbidade muito comum na pediatria, tem seu diagnóstico feito com dificuldade e seu tratamento controverso, a respeito do uso de antibióticos. O uso inapropriado de antibióticos favorece a seleção de bactérias resistentes, atingindo toda a comunidade, sendo assim essencial desenvolver estratégias efetivas para restringir o uso de antibióticos sem prejudicar as crianças que realmente precisam desses medicamentos.

**Objetivos:** Analisar os resultados de estudos randomizados e controlados sobre critérios clínicos e laboratoriais utilizados para diagnóstico e tratamento da otite média aguda, a respeito do uso de antibióticos.

**Metodologia:** Levantamento dos estudos randomizados e controlados sobre o tema, publicados no Medline e Scielo, de 2000 a 2006.

**Resultados:** Nesta revisão, faz-se uma análise crítica dos resultados de estudos controlados sobre critérios clínicos e laboratoriais utilizados para diagnóstico e tratamento da OMA, tendo por objetivo mostrar as pesquisas feitas para o uso restrito de antibiótico em seu tratamento, apresentando suas vantagens: como a resolução mais rápida dos sinais e sintomas e sem necessidade do abuso de anti-inflamatórios; e as desvantagens de seu uso: a resistência bacteriana e sua seleção.

**Discussão:** A OMA é a inflamação da mucosa que reveste a cavidade timpânica, podendo ter etiologia viral ou bacteriana. No entanto, um dos maiores problemas na avaliação de crianças com queixa de otalgia é diferenciar a OMA da otite média com efusão, que apresenta menor taxa de complicações. O diagnóstico de OMA inclui o início abrupto de otalgia, irritabilidade, otorreia, letargia, anorexia, vômitos, diarreia e febre, associados à presença de fluido na orelha média (abaulamento/ opacificação da membrana timpânica, diminuição de mobilidade, nível ar/fluido atrás ou otorreia aguda) e eritema da membrana. A OMA é uma das infecções mais comuns na criança e o principal motivo para o uso de antibióticos em crianças. Estima-se que, aproximadamente, 80% das OMA em lactentes sejam causadas por bactérias, com

destaque para três agentes: *S.pneumoniae*, *H. Influenza* não-tipáveis e *M. Catarrhalis*.

Há estudos que relatam que a evolução clínica de uma criança com OMA que recebe antibioticoterapia é o de uma resolução notável dos sinais clínicos nas primeiras 48 a 72 horas. As crianças que recebem antimicrobianos se recuperam mais rapidamente, com maior frequência do que as que estão apenas sendo observadas. Entretanto essa evidência sustenta a necessidade de melhorarmos a exatidão diagnóstica. Um estudo randomizado recentemente publicado sobre a evolução da OMA revelou que o desaparecimento da efusão na orelha média em crianças ocorre em média 7,5 dias após o início do tratamento com amoxicilina e que 69% das crianças têm resolução do problema, após 14 dias. As crianças com OMA unilateral apresentaram resolução mais rápida da efusão do que aquelas com efusão bilateral (5 vs. 10 dias) e a bilateralidade da OMA foi fortemente associada com maior risco de falha terapêutica após 2 semanas, independentemente do antibiótico utilizado. Com medo de complicações da OMA como a mastoidite aguda, médicos tendem a receitar mais antibióticos. No entanto, foi comprovado que apesar de ser feito menos antibióticos (apenas 31%), o número de casos com complicação por mastoidite aguda excede em 2 a cada 10000 pessoas por ano, assim, a diferença que existe é mínima. As vantagens que se tem em não administrar antibióticos na OMA seria a redução no número de efeitos colaterais causados pelos antibióticos e redução na resistência dos micro-organismos aos antibióticos.

**Conclusão:** Deve-se manter um equilíbrio, já que as pesquisas ainda são insuficientes e apresentamos grandes problemas de diagnóstico a respeito da OMA. Nos casos em que o diagnóstico é exato, os antibióticos são claramente benéficos, especialmente em grupos de alto risco definidos. A OMA evolui bem sem seu uso e a orientação para uso de analgésicos/antitérmicos deve ser a primeira medida para tratá-la. Tal conduta só é válida se a criança tiver mais de seis meses e não apresentar comorbidades nem sinais e sintomas de doença grave.

**Palavras-chave:** Otite média aguda; antibiótico.



## REFERÊNCIAS

NETO, L. J. F.; *et al.* Fatores de risco para otite média aguda recorrente: onde podemos intervir?- uma revisão sistemática da literatura. **Jornal de pediatria**, Porto Alegre, v. 82, n. 2, mar./abr. 2006.

ROSENFELD, R. M.; KAY, D. Natural history of untreated otitis media. **Laryngoscope**, v. 113, p. 1645-1657, 2003.

SIH, T. M.; BRICKS, L. F. Otimizando o diagnóstico para o tratamento adequado das principais infecções agudas em otorrinopediatria: tonsilite, sinusite e otite média. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 74, n. 5, Sept./Oct., 2008.

[lismaiacezar@hotmail.com](mailto:lismaiacezar@hotmail.com)



## A DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA ASSOCIADA À SUA DETECÇÃO PRECOCE POR MAMOGRAFIA

*Maria Eduarda Alves Pio; Amanda Pratti Ferreira; Priscila dos Santos Mageste;  
Christine Justo da Costa; Nadja Emídio de Araújo.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A mamografia é o melhor método para rastreamento do câncer de mama, capaz de reduzir a mortalidade.

**Metodologia:** Foram pesquisados artigos no Google Acadêmico, B V S e no Scielo, buscando-se por estudos pareados, ensaios clínicos randomizados, avaliando a importância da mamografia na diminuição do número de casos por câncer de mama, publicados de 1991 a 2011.

**Resultados:** Dentre os sete ensaios selecionados, primeiramente, três deles com randomização adequada não demonstraram uma redução significativa na mortalidade por câncer de mama, no intervalo de 13 anos [risco relativo (RR) 0,90; intervalo de confiança (IC) 95% 0,79-1,02]; outros quatro ensaios, com randomização sub-ótima, mostraram uma redução significativa na mortalidade. (RR 0,75; IC 95% 0,67-0,83). E, a partir dos outros ensaios selecionados posteriormente, percebeu-se que o exame radiográfico das mamas de mulheres entre 50 e 69 anos, quando realizado em intervalos de um a dois anos, promove uma redução de 25% (risco relativo de morte de 0,75, com intervalo com 95% de confiança= 0,67-0,85) nas taxas de mortalidade por esse câncer. Para mulheres com idade entre 40 e 49 anos, a síntese dos resultados dos ensaios clínicos mostrou uma possível ausência de efeito. O risco relativo de morte obtido dos estudos que incluíram esse grupo etário e usaram MMG isoladamente foi de 0,81 (intervalo com 95% de confiança= 0,65-1,01). Ambas reduções foram estatisticamente significativas.

**Considerações Finais:** Considerando que o objetivo do rastreio para o câncer de mama é realizar uma detecção precoce, quando a cura ainda é provável, reduzindo a mortalidade, observou-se, nesta revisão, que a magnitude dos resultados desse rastreio não é clara. A incerteza é ocasionada pela sobreposição entre os efeitos benéficos versus os possíveis danos causados pela mamografia. Conclui-se, então,



que as mulheres devem ser informadas e alertadas para essa realidade, cabendo ao médico o papel ativo na relação médico-paciente.

**Palavras-chave:** Mulheres; mamografia; benefícios; malefícios.

## REFERÊNCIAS

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Controle do câncer de mama. **Revista Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 77-90, 2004.

MAJID, A.; *et al.* Missed breast carcinoma: pitfalls and pearls. **Revista Radiographics**, Easton PA, v. 23, p. 881-95, 2003.

ROBLES, S. C.; GALANIS, E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. **Revista Panam Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 3, p. 178-85, 2002.

RODRIGUES, M. C. S.; CALAS, M. J. G.; NADRUZ, E. Mamografia: exame único, tecnologias diversas. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 373-377, 2008.

SILVA, G. A. E. O aumento de acesso à mamografia e os desafios para a política de controle do câncer de mama no Brasil. **Revista Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 181-224, 2011.

## RELATO DE CASO: EMBOLIA PULMONAR

*Maria Vitória Cozzi Cartagena; Beatriz Carvalho Lopes.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A embolia pulmonar (EP) constitui uma das três principais causas cardiovasculares de morte, juntamente com o infarto do miocárdio e o acidente vascular encefálico. Essa patologia é causada pela obstrução das artérias pulmonares ou de seus ramos por êmbolos que se desprendem e, através da circulação sanguínea, acometem o pulmão. Na maior parte das vezes, são formados a partir de trombos nas veias profundas dos membros inferiores. A gravidade do quadro está diretamente correlacionada com o tamanho do êmbolo, ou seja, os de maior volume vão ser mais complicados, podendo levar ao óbito. Os fatores de risco para a embolia pulmonar são a imobilidade prolongada, cirurgias extensas, câncer, traumas, anticoncepcionais com estrógeno, reposição hormonal, gravidez e pós-parto, varizes, obesidade, tabagismo, insuficiência cardíaca, idade superior a 40 anos, DPOC e distúrbios na coagulação do sangue. No ocidente, sua incidência na população geral é estimada em 5/10.000 pacientes, com mortalidade quatro vezes maior, quando o tratamento não é instituído. Não se trata de doença que aparece apenas no consultório do cardiologista ou nas salas de emergência, mas, sim, de uma enfermidade que surge como condição primária ou como complicação, em qualquer área da medicina.

**Objetivo:** O relato de caso a seguir tem a finalidade de mostrar a importância da embolia pulmonar no dia a dia do médico, apresentando uma forma não convencional dessa patologia.

**Relato de experiência:** M.E.S.C., 18 anos, solteira, natural de Roseira, residente em São Paulo, estudante. Chega ao consultório médico apresentando dor ao inspirar há 7 dias, na parte posterior da base pulmonar. Relata que sente como se fosse um atrito e que aumentou de intensidade ao longo dos dias. No início, tomou Dorflex, mas não obteve melhora e percebeu que, ao deitar do lado acometido, sentia dificuldade para respirar. Nega outros sintomas. Faz uso de anticoncepcional oral combinado. A paciente não apresenta nenhuma outra patologia. Na família a avó paterna teve tromboembolismo pulmonar e a prima de primeiro grau teve trombose

venosa profunda. Relata que não fuma, não faz uso de outras drogas, toma bebida alcoólica raramente, faz exercício físico e não tem uma alimentação saudável. Ao exame físico: corada, hidratada, anictérica, sobrepeso; FC: 102 bpm, FR: 22 irpm, PA: 120/80 mmHg; ausculta cardíaca: RCR, 2T, BNF sem sopros; ausculta pulmonar: murmúrio e expansibilidade diminuídos nas bases pulmonares e presença de ruído; abdome flácido, peristalse presente, ausência de massas; ausência de edema. Foi solicitado a realização do D dímero.

**Resultado:** O exame D dímero teve valores acima de 500ng/ml. Dessa forma foi solicitada uma tomografia computadorizada com contraste, na qual foi observada obstrução de dois ramos da artéria pulmonar, bilateralmente, e presença de derrame pleural bilateral.

A paciente foi diagnosticada com embolia pulmonar e foi internada, apresentando INR: 1,0. Foi prescrito anticoagulante oral por seis meses e heparina de baixo peso molecular por sete dias na dose de 80mg, 2 vezes ao dia. Além disso, a paciente fez ultrassonografia com doppler nos MMII, mas não foi encontrado nenhum trombo e fez teste do fator V de Leiden, proteína C e S, antitrombina, mas todos foram negativos. Depois de 7 dias teve alta com INR de 2,5, mas continuou tomando anticoagulante oral e acompanhando com exame INR ambulatorialmente.

**Conclusão:** As dificuldades para o diagnóstico acurado de embolia pulmonar constituem um permanente desafio. São muitos os fatores que instituem essas dificuldades, incluindo a apresentação clínica pleomórfica, sinais e sintomas inespecíficos, localização anatomopatológica do êmbolo na árvore vascular pulmonar, entre outros. O caso apresentado exemplifica a dificuldade do diagnóstico na embolia pulmonar. A paciente era jovem e com fatores de risco não sugestivos dessa doença, além de ter tido um quadro insidioso, sendo que, normalmente, a doença cursa com quadro agudo. Conclui-se que, apesar de o diagnóstico ser difícil, é necessário pensar nessa hipótese, afinal o diagnóstico precoce e o tratamento imediato diminuem drasticamente as chances de o paciente ir a óbito.

**Palavras-chave:** Embolia pulmonar; anticoncepcional, trombo.



## REFERÊNCIAS

GUIMARÃES, J. I. et al. Diretriz de embolia pulmonar. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 1, 2004.

HARRISON, T. R; LONGO, Dan L (Organizador). **Medicina interna de Harrison**. LONGO, Dan L (Organizador). 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

JUNIOR, A. M. O. G. et al. Tratamento de tromboembolismo pulmonar por aspiração percutânea do trombo – relato de caso. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, 2010.

[mariavitoriaccartagena@yahoo.com.br](mailto:mariavitoriaccartagena@yahoo.com.br)



## RELATO DE CASO: REVERSÃO DA TÉCNICA DE LAZZAROTTO & SILVA EM PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA COM QUADRO DE DIARREIA CRÔNICA.

*Thierry Farias Serejo Júnior; Natália Souza Azevedo; Ana Paula de Oliveira Batista;  
Felipe Sgarbi Boralli<sup>2</sup>; Bruno Dominici Marinho; Mariana Nakabori Serejo;  
Paula Dinis Marques da Costa.*

Hospital Dr. Munir Rafful, Volta redonda, RJ.

Curso de medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A obesidade está associada ao acúmulo de gordura no organismo e, quando os métodos tradicionais para o tratamento da obesidade se mostram falhos, a cirurgia pode representar uma alternativa eficaz. O bypass intestinal, segundo a técnica de Lazzarotto & Souza, consiste em uma anastomose látero-lateral do jejuno com o íleo. Apesar de ser uma prática frequente no meio médico, é uma técnica cirúrgica proscrita para o tratamento cirúrgico da obesidade, devido à alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais em longo prazo. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) se manifesta por uma diminuição de linfócitos T, principalmente os chamados T-CD4+. Quanto mais baixo a contagem desse marcador, maior a probabilidade de o paciente infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) apresentar as manifestações clínicas da doença. Nesse contexto, infecções oportunistas ou coinfeções, como a tuberculose, a diarreia, a hepatite C (HVC) e a colelitíase podem se desenvolver. Ressalta-se que o diagnóstico e tratamento precoce do HIV contribuem para a cura das coinfeções.

**Objetivo:** Relatar um caso de paciente submetido à cirurgia de bypass intestinal, segundo Lazzarotto & Souza, que, posteriormente foi diagnosticado com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Paciente evoluiu com quadro de diarreia crônica, proctalgia, prostração e vertigem associadas a episódios de dor abdominal súbita, difusa e em cólica, sendo assim submetido à reversão cirúrgica.

**Relato de Caso:** Paciente U.M.M, do sexo masculino, 51 anos, procurou o serviço de cirurgia geral encaminhado pelo infectologista, devido à queixa de diarreia crônica, proctalgia, prostração e vertigem, associados a episódios de dor abdominal súbita, difusa e em cólica. Relatava ter feito cirurgia de bypass intestinal, segundo a

técnica de Lazzarotto & Souza, há oito anos devido à obesidade grau II. Nesse período, foi diagnosticado com SIDA. Dois anos após esse diagnóstico, descobriu ser portador do vírus da HVC, época em que começou a fazer o tratamento com antirretroviral. Estava em acompanhamento com o infectologista em razão da imunossupressão, HCV e tuberculose pulmonar, há um ano tratada. Após realização da ultrassonografia de abdome total diagnosticou-se colelitíase. Foi indicada então a reversão da cirurgia com colecistectomia laparotômica. Paciente evoluiu com infecção de ferida operatória no pós-operatório imediato. Apresentou ganho ponderal e reversão do quadro de *dumping*.

**Discussão:** A diarreia pode levar a uma progressiva deterioração do quadro clínico e piora na qualidade de vida dos indivíduos portadores de HIV, contribuindo de forma significativa para a morbidade através de quadros de desnutrição crônica e emagrecimento (PUPULIN, 2009). O *bypass* intestinal segundo a técnica de Lazzarotto & Souza consiste em uma anastomose látero-lateral do jejuno com o íleo, sendo que a alça de íleo terminal deve ser maior que 90 cm, a fim de evitar a anemia megaloblástica e a colelitíase. Criam-se assim dois trajetos para os nutrientes: um mais curto e com trânsito rápido, e outro hipofuncionante por efeito de um anel de silicone posicionado após a anastomose. Preserva o estômago, o duodeno e o íleo terminal, onde ocorre a absorção de sais biliares e vitamina B12. É também uma cirurgia totalmente reversível e pode-se regular o tamanho da alça de absorção, caso o paciente emagreça muito ou engorde posteriormente. Na técnica, é também associada a ressecção do grande omento e dermolipectomia, pois acredita-se que há uma diminuição do efeito metabólico da gordura. Em pacientes constipados, procede-se a valvuloplastia com íleo terminal. É importante salientar que, apesar de ser uma prática frequente no meio médico, a técnica de Lazzarotto & Souza é uma técnica cirúrgica proscrita para o tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com a resolução CFM nº 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União, em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, devido à alta incidência de complicações metabólicas e nutricionais a longo prazo. As complicações ocorrem, principalmente, pela grande quantidade de intestino que é excluída, favorecendo o supercrescimento bacteriano nesse segmento, provocando diarreia, cirrose, pneumatose intestinal e artrites.





**Conclusões:** Pela condição de base do paciente ser a SIDA, optou-se pela reversão cirúrgica para maior otimização dos nutrientes e medicamentos absorvidos, de forma a facilitar o ganho ponderal, favorecer a evolução do paciente e na tentativa de melhora da diarreia crônica, que pode ser uma complicação da técnica de Lazzarotto & Silva. Paciente evoluiu com infecção de ferida operatória no pós-operatório imediato. Apresentou ganho ponderal significativo, reversão do quadro de *dumping* e melhora da diarreia crônica.

**Palavras-chave:** Técnica de Lazzarotto & Silva; síndrome da imunodeficiência adquirida.

## REFERÊNCIAS

BARCELOS, T. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com hepatite C atendidos no ambulatório do Hospital Nereu Ramos em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 209-212, jul./set. 2014.

BRASIL. Resolução CFM nº 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1942_2010.htm)> Acesso em: 12 dez. 2014.

BRUM, J. W. A. *et al.* Parasitoses oportunistas em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 280-288, jul-set, 2013.

PUPO-NETO, J. A.; LACOMBE, D. Cirurgia laparoscópica vídeo-assistida com acesso manual combinado: estudo com laparotomia. **Rev Bras videocir**, v. 1, n. 2, p. 60-68, 2003

SANTOS, M. L. S. G. *et al.* A dimensão epidemiológica da coinfeção TB/HIV. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 5, set-out 2009.

[mariana\\_serejo@hotmail.com](mailto:mariana_serejo@hotmail.com)



## RELATO DE CASO: INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DE ST REFRACTÁRIO À ANGIOPLASTIA CORONÁRIA PERCUTÂNEA PRIMÁRIA, SEGUIDO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

*Marleany Garcia Barros Mohallem Côrrea; Letícia Baldez de Almeida;  
Lívia Caroline Saviolo Cunha; Danielli Rodrigues Leite; Talita Cristine Souza Lima;  
Paulo Cezar Alves Azizi.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a causa principal de óbitos em São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre. (CALUZA et al., 2012). O tratamento ideal para o IAM com supradesnível de segmento ST (SST) depende, principalmente, do diagnóstico precoce e da rápida seleção de estratégia de reperfusão apropriada. A angioplastia coronária percutânea (ICP) primária é a estratégia de escolha em hospitais com serviço de hemodinâmica e leva à revascularização completa em 90 a 95% dos pacientes. A reoclusão do vaso-alvo é, hoje, rara (em torno de 1% dos casos), reduzindo consideravelmente a necessidade de cirurgia de revascularização de urgência. (BRANT, 2012).

**Objetivo:** Relatar caso clínico, demonstrando uma situação rara, de acordo com literatura que se encontra, na prevalência de 1% dos casos de IAM com SST tratado com ICP primária em que o tratamento padrão escolhido não solucionou a estenose arterial.

**Relato de Caso:** E.M.G, 54 anos, masculino, solteiro, brasileiro, natural de Barra Mansa, Rio de Janeiro, tabagista de longa data (47 anos), hipertenso, diabético tipo II, dá entrada ao pronto-socorro da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa – Rio de Janeiro, no dia 10 de setembro de 2014, queixando-se de dor precordial irradiada para membro superior direito, de início a, aproximadamente, 20 minutos. Encaminhado pela triagem, segundo protocolo de Manchester, se dirigiu para sala vermelha, onde após 10 minutos de entrada ao hospital foi realizado eletrocardiograma (ECG) que constatou supradesnivelamento de ST. O paciente foi medicado com Isordil sublingual 5 mg e encaminhado para o serviço de hemodinâmica com indicação de ICP primária. Realizada a angioplastia, o paciente permaneceu em internação para observação, permanecendo queixoso de angina,



após o procedimento, recebendo a indicação para cirurgia de revascularização do miocárdio, tendo como principal objetivo o reestabelecimento do fornecimento sanguíneo adequado ao miocárdio.

**Resultados:** Durante o pós-operatório imediato na unidade de terapia intensiva (UTI), o paciente manteve-se eupneico sob ventilação mecânica, bem adaptado, normohidratado e hipocorado +/-, hemodinamicamente estável. Foi extubado após quatro dias e recebeu alta no décimo dia de pós-operatório.

**Conclusões:** Apesar de raros, os casos em que o IAM CSST mostra-se refratário à correção primária de angioplastia percutânea é necessário que o profissional médico tenha conhecimento e esteja atento à evolução do paciente, a fim de detectar sinais de necessidade de indicação da cirurgia de revascularização do miocárdio, que tem se mostrado eficaz e resolutive.

**Palavras-chave:** Síndrome coronariana aguda; infarto agudo do miocárdio; supradesnível de ST; IAM refratário; revascularização do miocárdio.

## REFERÊNCIAS

BRANT, L. C. C. *et al.* A importância da criação de rede de cuidado para o tratamento do IAM com supra de ST e a experiência da Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas / UFMG. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 1, p. 1-128, 2012.

CALUZA, A.C.V. *et al.* Rede de infarto com supradesnivelamento de ST: sistematização em 205 casos diminui eventos clínicos na rede pública. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 99, n. 5, nov. 2012.

## SÍNDROME METABÓLICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

*Carolina Ferreira Mascarenhas; Caroline Carvalho de Oliveira;  
Isabela Raimundo Paranhos; Michelli Tayer Lemos; Roberta Narezi Pimentel Rosa;  
Thamara Ferreira de Assis; Luciano Rodrigues Costa.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ

**Introdução:** A Síndrome Metabólica (SM) é definida como o conjunto de alterações metabólicas presentes no organismo, que incluem resistência insulínica, intolerância à glicose, hipertensão arterial sistêmica, aumento de triglicédeos e diminuição do HDL. Atualmente, a SM não poupa a faixa etária pediátrica e vem se tornando fator de relevância em saúde coletiva, já que representa risco aumentado para o desenvolvimento, cada vez mais precoce, de eventos cardiovasculares e diabetes mellitus tipo 2.O, tratamento de SM em crianças, necessitando do auxílio de toda a família e de uma equipe multidisciplinar para promover mudanças no estilo de vida.

**Objetivo:** Tendo em vista o aumento da incidência de SM em pacientes pediátricos, bem como, sua influência negativa na qualidade de vida dos mesmos, o presente trabalho tem como objetivo promover uma revisão da literatura a respeito da definição, prevalência, diagnóstico e conduta da síndrome metabólica na infância e na adolescência.

**Metodologia:** Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura nas bases de dados do Scielo, revistas, periódicos, na Sociedade Brasileira de Pediatria e na Endocrinologia na prática pediátrica.

**Discussão:** A patogênese da SM ainda é obscura, mas acredita-se que fatores de risco, como a obesidade central, resistência à insulina, dislipidemia e hipertensão arterial, associados ou não a fatores pré-natais, como feto pequeno para idade gestacional, sejam capazes de desencadear uma série de mudanças no organismo, gerando defeitos na sinalização intracelular da ação da insulina e diminuindo a passagem do fluxo sanguíneo pelo vaso. Existe um consenso geral de que os fatores de risco da síndrome metabólica tendem a se agrupar, todavia com diferenças entre adultos e crianças. Inúmeras combinações dos cinco componentes (obesidade, resistência à insulina, alteração no perfil lipídico, alteração na pressão arterial e alterações moleculares) podem ser encontradas em adultos com a [www.unifoa.edu.br/editorafoa](http://www.unifoa.edu.br/editorafoa)

síndrome, entretanto, em crianças, predomina a obesidade associada, na maioria dos casos, a níveis elevados de triglicérides e baixo HDL-C. Apesar da alta correlação com o índice de massa corporal (IMC), a hipertensão e a hiperglicemia de jejum são infrequentes. Embora os níveis de glicose em jejum possam ser maiores em crianças obesas do que nas não obesas, os níveis estão, geralmente, no intervalo normal, exigindo um teste de tolerância à glicose oral para diagnosticar o metabolismo anormal da glicose. O diagnóstico é baseado na história clínica, familiar e pela presença de alguns dos critérios descritos anteriormente. O tratamento medicamentoso é sempre indicado quando as medidas de mudança do estilo de vida não são eficazes, sendo específico para cada elemento presente da SM. O acompanhamento precoce e rotineiro com o pediatra para a prevenção do surgimento dos possíveis fatores de risco, como a orientação dos responsáveis sobre os hábitos alimentares saudáveis baseados em uma dieta balanceada (rica em fibras e em carboidratos complexos) e o estímulo à prática de atividade física é de suma importância para reduzir os índices de SM. Associado a isso, campanhas de conscientização da população são estratégias fundamentais para a prevenção da SM e para a redução da incidência de diabetes, dislipidemia, aterosclerose e doenças cardiovasculares.

**Conclusão:** Sabe-se que a prevalência da SM encontra-se em ascensão nos últimos anos, assim como os fatores deletérios provocados pela doença. Por essa razão, é necessário estimular a pesquisa de critérios definidores da doença como rotina no atendimento da criança e do adolescente, possibilitando uma abordagem multidisciplinar precoce através de mudança de hábitos e comportamentos. Dessa forma, previne-se o aparecimento da SM e sua associação com anormalidades de maior repercussão, como doenças coronarianas, arteriosclerótica aórtica, anormalidades na função endotelial e hipertrofia ventricular esquerda.

**Palavras-chave:** Síndrome metabólica; sobrepeso; dislipidemia; hipertensão arterial.

## REFERÊNCIAS

CAPANEMA, F. D., et. al. Critérios para definição diagnóstica da síndrome metabólica em crianças e adolescentes. **RevMed**, Minas Gerais, v. 20, n. 3, p. 335-340, 2010.



CHAGAS, J.A. et.al. **Tratado de pediatria:** sociedade brasileira de pediatria. 2. ed. Barueri: Manole, 2010, p. 825-833.

MORENO L.A., et al. Waist circumference for screening of the metabolic syndrome in children. **Acta Paediatr**, v. 91, p. 1307-1312, 2002.

CHEN, W.; BERENSON, GS; Metabolic syndrome: definition and prevalence in children. **J Pediatr**, v. 83, n. 1, 2007.



## A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO TEMA CUIDADO PALIATIVO NA GRADE CURRICULAR DAS UNIVERSIDADES

*Thais Cristine Oliveira Alves; Nathalia Lambert de Andrade Lopes;  
Thamara Ferreira de Assis; Walter Luis M. S. da Fonseca;  
Marcilene M. de A. Fonseca.*

UNIFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo dispondo de todos os recursos, o processo de morte se desencadeia de forma irreversível. Esse conceito refere-se ao momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, mas apenas prolongam o processo lento de morrer (PIVA, 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), “cuidado paliativo é a abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da preservação e alívio do sofrimento; requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física psicossocial e espiritual”. Deve ser iniciado o mais precocemente possível e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (SUSAKI, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Para o sucesso efetivo, são pontos-chave: comunicação entre o médico, o paciente e os familiares; controle diligente dos sintomas e continuidade do tratamento, facilitando a decisão terapêutica na evolução da doença (QUINTANA, 2006; STEINHAUSER, 2000). Para facilitar a integração desse tema no cotidiano médico, torna-se importante a abordagem do mesmo na grade curricular dos cursos da área de saúde. Como exemplo, podemos citar a Universidade Federal do Ceará, que criou o projeto PLUS (Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão em perda, Luto e Separação), visando promover interação entre esse tipo de paciente e estudantes de enfermagem, medicina e psicologia (PESSINO, 2013).

**Objetivo:** Avaliar qualitativamente o conteúdo programático do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA, a fim de contribuir para melhorias do ensino dentro da própria instituição e servir de modelo para as demais universidades.





**Métodos:** Foram realizadas pesquisas em artigos científicos e periódicos publicados em Scielo, PubMed, Lilacs, e revistas científicas, com as seguintes palavras-chave: paciente terminal, cuidados paliativos, terminalidade, *hospices*. Foi feita, também, a análise do conteúdo programático do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda.

**Resultados:** Após análise qualitativa dos dados colhidos, percebemos que o tema “cuidados paliativos” foi apenas referido no oitavo módulo, juntamente com a cadeira de oncologia e geriatria. Observa-se a presença de temas esporádicos ligados à finitude apresentados no quarto módulo, na cadeira de Bases Humanísticas. O tema esteve ausente nos demais módulos. Algumas universidades estão desenvolvendo programas a fim de orientar os acadêmicos da área de saúde em como agir perante a morte, como o projeto PLUS, criado pela Universidade Federal do Ceará. Essa aproximação dos alunos à realidade das pessoas permite que os mesmos se sintam mais preparados para lidar com essas situações, respeitando a importância da pessoa como um ser humano, e reafirmando a medicina centrada na pessoa.

**Conclusão:** O cuidado paliativo visa diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente e dos familiares, sem o intuito de curar. A abordagem dessa temática deve ser parte importante da formação não só do médico, mas de todos os profissionais da área de saúde, buscando prepará-los para a nova ação terapêutica, em que serão considerados os benefícios e malefícios do tratamento dos pacientes portadores de doenças terminais. Concluímos que a maneira mais eficaz é a implantação de programas e projetos nas universidades durante toda a graduação ou em maior parte dela.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos; ensino; medicina.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos:** controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

PESSINO, L. *et. al.* **Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar.** Disponível em:  
<<http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/Humanizacao%20da%20dor.pdf>>.  
Acesso em: 13 abr. 2013.



PIVA, P. J.; CARVALHO, P. R. A. **Considerações Éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal.** Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/eutanasia1.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2011.

QUINTANA, A. M. *et al.* Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia**, v. 16, n. 35, p. 415-425, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a12.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2013.

SUSAKI, T. T. *et al.* Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p. 144-149, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a04v19n2.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2013.

## HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO: TRIAGEM NEONATAL

*Nathália Faria de Paula; Ricardo Barbosa Pinheiro.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O hipotireoidismo congênito (HC) é o distúrbio endócrino mais comum em recém-nascidos (RN), sendo considerado uma das causas mais frequente de retardo mental passível de prevenção. Consiste em um distúrbio presente ao nascimento onde a glândula tireoide é incapaz de produzir de forma adequada os hormônios tireoidianos (HT). Estabelecer o diagnóstico precocemente e instituir o tratamento adequado é fundamental na prevenção de sequelas.

**Objetivo:** O presente artigo tem por objetivo abordar a importância da triagem neonatal no diagnóstico precoce, uma vez que as crianças afetadas por essa doença, geralmente, não apresentam sintomas sugestivos ao nascimento. Além disso, buscou-se realizar uma revisão bibliográfica acerca do tema, bem como apresentar como é realizado no Brasil o programa de detecção precoce, garantido por lei, conhecido como “teste do pezinho”.

**Metodologia:** Neste estudo do tipo exploratório, optou-se por uma revisão bibliográfica fundamentada a partir da análise de artigos científicos obtidos nas bases de dados PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com a palavra-chave *hypothyroidism congenital*. Outras referências foram obtidas em livros especializados e atualizados sobre o tema.

**Discussão:** Segundo a classificação de Fisher, em 1981, o hipotireoidismo congênito pode ser permanente ou transitório. O prejuízo à produção dos hormônios tireoidianos pode ser primário, devido à malformação da glândula tireoide, ou por alteração na biossíntese hormonal ou pode ainda ser secundário a uma doença hipofisária ou hipotalâmica (central) que leve à diminuição do hormônio estimulador da tireoide (TSH). O quadro clínico depende da gravidade do hipotireoidismo e da idade em que for diagnosticado. A maioria dos bebês com hipotireoidismo congênito é assintomática ao nascer, mesmo que haja agenesia completa da glândula tireoide. Os sinais mais precoces são: icterícia prolongada ou recorrente, atraso na queda do funículo umbilical e hérnia umbilical. O choro é rouco e os sons emitidos são graves. Nos primeiros meses, outros sinais tornam-se

presentes: dificuldade alimentar, ganho de peso insuficiente, respiração ruidosa, congestão nasal, distúrbios respiratórios, obstipação, letargia, pele seca, fria, pálida e com *livedo reticularis*. Contudo, esses sinais e sintomas nem sempre se apresentam de modo evidente, podendo-se perder um tempo precioso para o início do tratamento. A triagem neonatal em todos os recém-nascidos é um direito garantido por lei no Brasil *por* meio da Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001, realizada através da dosagem de hormônio estimulador da tireoide (TSH) e/ou tiroxina (T4) total ou livre em papel filtro. O parâmetro utilizado é 10mUI/l. A levotiroxina (T4) administrada por via oral é o tratamento de escolha, uma vez que a maior parte do HT nas células do sistema nervoso central deriva da conversão local de T4 em T3.

**Conclusão:** O hipotireoidismo congênito, mesmo quando é diagnosticado precocemente, se não tratado e acompanhado de forma adequada, pode resultar em complicações irreversíveis, como prejuízos no desenvolvimento mental e no crescimento. O tratamento de escolha, atualmente, é a levotiroxina (T4) administrada por via oral em dose única diária.

**Palavras-chave:** Hipotireoidismo congênito; triagem neonatal.

## REFERÊNCIAS

BEVENIDES, A. M. *et al.* Perfil epidemiológico de portadores de hipotireoidismo congênito. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 3, p. 23-26, 2006.

CAMPOS JUNIOR, D. **Tratado de pediatria**. 3. ed. Barueri: Manole, 2014.

MACIEL, L. M. Hipotireoidismo congênito. In: Sociedade Brasileira de Endocrinologia. **Projeto Diretrizes**, v. 4, n. 18, p. 1-10, 2005. Disponível em: <[http://www.projtodiretrizes.org.br/4\\_volume/18-Hipotiroid.pdf](http://www.projtodiretrizes.org.br/4_volume/18-Hipotiroid.pdf)> Acesso em: 07 nov. 2014.

PEZZUTI, I. L.; LIMA, P. P.; DIAS, V. M. A. Hipotireoidismo congênito: perfil clínico dos recém-nascidos identificados pelo Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 1, p. 72-79, 2009.



## ANÁLISE DO IMPACTO DE UMA AÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) EM UMA ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES: PROJETO DE PESQUISA

*Paula Santos Brandão; Bruna Medeiros; Sérgio de Souza Marques Júnior;  
João Paulo Ribeiro; Marcel Junqueira Guimarães; Marise Ramos de Souza Oliveira;  
Cristiane Gorgati Guidoreni; Angela Schachter Guidoreni.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** As doenças sexualmente transmissíveis, embora amplamente divulgadas em instituições educacionais e nos meios de comunicação, ainda se apresentam preocupantes no que diz respeito à alta incidência na população brasileira. A partir do entendimento de que, atualmente, é ampla a difusão de tais conhecimentos e reconhecendo os profissionais de saúde e educação como mediadores importantes da construção do saber em saúde, indaga-se a efetividade das ações em educação em saúde, principalmente quanto à prevenção das DST, não só para a população, mas também àqueles que multiplicam o conhecimento e contribuem na formação de cidadãos.

**Objetivos:** Conhecer o impacto da atividade de educação em saúde sobre DST em estudantes do Curso de Formação de Professores, em uma escola de Volta Redonda.

**Objetivos específicos:** Aplicar um questionário fechado (pré-teste) para verificar o entendimento dos estudantes de um curso de Formação de Professores numa escola de Volta Redonda, sobre as DST; analisar as respostas dadas no questionário para verificar a necessidade de correções e melhorar a qualidade das informações; desenvolver uma palestra mediadora e participativa, a partir das respostas dadas com esclarecimentos sobre o assunto; aplicar um questionário fechado (pós-teste) para verificar que entendimento os estudantes de um curso de Formação de Professores numa escola de Volta Redonda, possuem sobre as DST; comparar os questionários pré e pós-testes.

**Metodologia:** Para o estudo, serão empregados, como ferramenta, dois questionários fechados (pré e pós-testes) com perguntas simples sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST), a ser respondido pelos estudantes de um curso



de Formação de Professores de uma escola em Volta Redonda. Em data agendada, será aplicado o questionário pré-teste, que será analisado e, a partir das respostas obtidas, será montada a atividade em Educação e Saúde com os pontos de menor acerto. Ao final da atividade, será aplicado o questionário pós-teste que será comparado com os resultados do pré-teste para verificação de melhoria do entendimento.

**Metas:** Atingir 80% dos estudantes presentes na palestra; alcançar 50% de melhoria nos acertos ao responderem o questionário pós-teste; caso a segunda meta não seja alcançada, repetir a ação.

**Palavras-chave:** Educação em saúde; doenças sexualmente transmissíveis; prevenção em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Ministério da Saúde**. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999. p. 44-54.

DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS. O que são DST? In: **Brasil, portal da informação**. Web site, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-sao-dst>.> Acesso em: 05 maio 2015.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **HPV e câncer, perguntas mais frequentes**. 2015. Web site. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=26870](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=26870).> Acesso em: 05 maio 2015.

MOROSINI, M. V., FONSECA, A. F., PEREIRA, I. B. Educação em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>.> Acesso em: 21 abr. 2015.

[paulasbrandao@yahoo.com.br](mailto:paulasbrandao@yahoo.com.br)



## ENDOCARDITE INFECCIOSA

*Poliana Batista Machado; Ana Luisa Faria Dias; Rena Reno Grilo;  
Thiago Caceres Ferreira de Carvalho; Danielli Rodrigues Leite da Silva;  
Daniele Brandalise Fialho Severo; Rafaela Pinto Ferraz; Luiz Raphael Mota Oliveira;  
Ana Cristina Doles.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, RJ

**Introdução:** Endocardite é uma doença em que agentes infecciosos invadem as superfícies endocárdicas, produzindo inflamação e danos. A infecção frequentemente produz vegetações que são estruturas compostas de plaquetas, fibrina e microrganismos infecciosos. O aspecto da vegetação à ecocardiografia é de uma massa de material ecogênico, aderida a uma superfície endocárdica, geralmente anormal (valvas alteradas, locais de shunts, etc.).

**Objetivos:** A endocardite infecciosa é uma doença cardíaca grave, que apresenta risco de vida. Seu desenvolvimento pode estar relacionado com bacteremias decorrentes de procedimentos odontológicos em determinados pacientes com condições cardíacas diversas. Atualmente, alterações valvares degenerativas e próteses, e não mais a doença reumática, representam as causas mais comuns de endocardite em países desenvolvidos. Portanto, o conceito antigo de que a endocardite ocorria quase que exclusivamente em portadores de valvulopatias, já não se aplica e, cada vez mais, a endocardite é diagnosticada em pacientes com alterações degenerativas das valvas cardíacas esquerdas, pacientes em hemodiálise, diabéticos ou usuários de drogas, com os *Estafilococos aureus*, despontando como causa crescente de endocardite. O presente trabalho aborda as possíveis etiologias da endocardite infecciosa, bem como suas possíveis complicações.

**Relato de Experiência:** T.L.A., sexo feminino, 24 anos, solteira, técnica de enfermagem, natural e residente em Volta Redonda, apresenta quadro de febre persistente e emagrecimento (perda ponderal acentuada); hiporexia. G1P1A0; CIV Congênita / Tratamento odontológico incompleto recente; pai e mãe hipertensos; tabagista 3 anos/maço; Etilista social; uso de maconha e cocaína. No exame físico, apresenta-se hipocorada +/-, desidratada +/-, acianótica, anictérica, ausência de adenomegalias palpáveis; TA = 38,4°; ACV: RCR 2T BNF, Sopro sistólico ejetivo



++/4+ Panfocal; PA = 100 X 60 mmHg; FC = 96 BPM; Aresp: MV +, ARA, eupnéica. SaO<sub>2</sub> = 95 % (A.A.); Abdome: RHA +, normotenso, indolor à palpação, ausência de massas ou visceromegalias. Exames complementares: Hemograma da admissão: Hb: 10,1 g/dL; Htc: 31 %; VCM: 86; HCM: 30; Leucometria global: 11.200, com 62% de neutrófilos; 6% de bastões; 28% de linfócitos; 4% de monócitos; Plaquetas: 138.000. Ecotransesofágico (21/03/2015): Fração de Ejeção: 72 %; Presença de CIV perimembranosa de 7 mm de diâmetro; imagem sugestiva de vegetação de 11 X 5 mm aderida à valva tricúspide. Culturas à admissão: Urocultura: Negativa; Hemocultura: 3 tipos de Staphylococcus, sugestivo de contaminação. Tratamento: Antibioticoterapia Empírica: Oxacilina 2 g EV 4/4 horas; Gentamicina 240 mg EV 24/24 horas; Ampicilina + Sulbactam 3 g EV 6/6 horas. Intercorrência durante a internação: parada cardiorrespiratória aos 26 dias de internação.

**Resultados:** Após a antibioticoterapia D35, o novo ecotransesofágico apresentou o resultado de valva Tricúspide normal, ausência de imagens sugestivas de vegetações ou abscessos, permitindo a alta hospitalar.

**Conclusões:** A endocardite representa uma doença com um perfil variável e dinâmico, com mudanças profundas nos últimos anos. O conhecimento sobre essa doença tem crescido ultimamente e a participação da ecocardiografia, sempre associada à clínica, se torna cada vez mais essencial para seu diagnóstico. A melhor resolução dos aparelhos atuais e, principalmente, o uso do ecocardiograma transesofágico são responsáveis pela alta acurácia do método no diagnóstico da endocardite.

**Palavras-chave:** Endocardite infecciosa; parada cardiorrespiratória.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, M.M. Endocardite Infecciosa: perfil clínico e evolução. **Arquivos Brasileiros de Cradiologia**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 3, 2004.

SEXTON, J.M. et al. Clinical manifestations of infective endocarditis. **UptoDate**, 2015.

CALDERWOOD, S. B. et al. Infective endocarditis: Historical and Duke criteria. **Uptodate**, 2014.

GOLDMAN, L. M.; AUSIELLO, G. P. **Cecil medicina interna**. Tradução 23. ed. São Paulo: Elsevier, 2011, p. 687-705.



## AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL EM ESCOLARES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE VOLTA REDONDA-RJ

*Felipe Augusto Vasconcelos Andrade Alvim; Glenda Alves Pereira de Oliveira;  
Guilherme Rangel Ibrahim; Rafael Souza Pinheiro; Rafaela Nasraui Calçada;  
Tayná de Castro Cunha; Geraldo Assis Cardoso.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A visão é um sentido essencial para o aprendizado. A detecção precoce de problemas visuais é uma medida de assistência primária importante, já que os problemas oftalmológicos são a terceira causa mais frequente de problemas de saúde entre escolares, observando-se estreita relação entre os problemas visuais e o rendimento escolar. Porém, a maioria dos defeitos da visão pode ser corrigida se for diagnosticada e tratada a tempo e, por isso, reforça-se a importância do rastreamento e atenção primários quanto à saúde ocular pediátrica.

**Objetivo:** Realizar uma triagem de problemas visuais, através do exame de acuidade visual (AV), em crianças entre 06 e 13 anos. Diante dos resultados, notificar os pais e o posto de saúde do bairro para mostrar a importância de uma avaliação com o oftalmologista, a fim de corrigir esse distúrbio, de forma a prevenir e tratar as complicações decorrentes dessa deficiência, principalmente envolvendo o aprendizado e rendimento escolar.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quantitativo, buscando avaliar deficiências visuais em crianças e adolescentes entre 06 e 13 anos, em ambos os sexos, matriculados entre o primeiro e quinto ano do ensino fundamental, da escola municipal Paulo VI, do município de Volta Redonda, estado do Rio de Janeiro.

**Resultados:** Das 280 crianças avaliadas, verificou-se que 16% do total de escolares apresentaram baixa AV, havendo ligeiro predomínio de 9% no sexo feminino, contra 7% no sexo masculino. Do total de alunos, 5% faziam uso de lentes corretivas no momento do teste, e afirmaram usá-los diariamente. Constatou-se, ao fim do teste, que 50% dos escolares que faziam o uso de lentes corretivas apresentavam baixa acuidade visual, mesmo utilizando meios para tentar corrigir a visão. Verificou-se também que, do total de alunos que apresentavam baixa acuidade visual, apenas

31% usavam lentes corretivas, evidenciando que existe um número relativo de crianças que têm problemas visuais, mas ainda não utilizaram qualquer método para correção. Do total de alunos examinados, 29% deles possuíam um ou mais sintomas que podem estar relacionados a distúrbios visuais. Já a análise feita nos alunos com baixa acuidade visual, verificou-se que a maioria deles, cerca de 58%, apresentaram um ou mais sintomas associados.

**Discussão:** Dentre todos os resultados obtidos, destacamos que 16% do total de estudantes apresentaram acuidade visual prejudicada e que, entre estes, cerca 80% apresentaram rendimento escolar satisfatório, em contraste com o percentual de rendimento escolar satisfatório verificado para os alunos com a acuidade visual dentro da normalidade (92%). Ou seja, é grande o número de alunos com baixo rendimento que apresentam baixa acuidade visual, mostrando que, provavelmente, há uma relação entre ambos. A avaliação da saúde ocular de crianças, por meio da acuidade visual, deveria fazer parte do exame pediátrico. A avaliação e a detecção de possíveis agravos oculares deve ser o mais precoce possível já que, quanto maior o atraso na determinação de problemas visuais, menores serão as chances de recuperação e correção do problema, além de contribuir para o déficit de aproveitamento escolar e de socialização e estar relacionado a alterações nos estados emocional e psicológico das crianças.

**Conclusão:** A avaliação e a detecção de possíveis agravos oculares deve ser o mais precoce possível já que, quanto maior o atraso na determinação de problemas visuais, menores serão as chances de recuperação e correção do problema, além de contribuir para o déficit de aproveitamento escolar e de socialização e estar relacionado a alterações nos estados emocional e psicológico das crianças. Portanto, deve ser incentivada a realização de campanhas para a detecção e prevenção de problemas visuais, permitindo, dessa forma, um melhor rastreamento quanto às alterações visuais na rede de escolas públicas.

**Palavras-chave:** Oftalmologia pediátrica; acuidade visual; rendimento escolar.

## REFERÊNCIAS

ADAM, N. A., OECHSLER, R. A. Avaliação da acuidade visual de alunos do primeiro grau de uma escola municipal de Florianópolis. **ACM Arq Catarin Med**, 2003.



LOPES, C. L. R. *et al.* O trabalho da enfermagem na detecção de problemas visuais em crianças/adolescentes. **Rev Eletrônica Enferm**, 2003.

TOLEDO, C. C. *et al.* Detecção precoce de deficiência visual e sua relação com o rendimento escolar. **Rev Assoc Med Bras** (1992), 2010.



## RELATO DE CASO DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM ADOLESCENTE E IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

*Camila Molina da Silva; Glenda Alves Pereira de Oliveira; Laís Maia Cesar;  
Rafaela Nasraui Calçada; Rafaela Vieira Canettieri; Tayná De Castro Cunha;  
Yolanda Fernandes Malta.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A leucemia é uma doença maligna do sistema hematopoiético caracterizada pelo acúmulo de células jovens anormais na medula óssea e perda da capacidade de diferenciação em células maduras. O acúmulo dessas células na medula óssea prejudica ou impede a produção dos glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas, causando os principais sintomas da leucemia: anemia, infecções e hemorragias, respectivamente. A leucemia aguda representa cerca de 25 a 30% dos casos de câncer na pediatria, e a leucemia mielóide aguda (LMA) corresponde a 15 a 30% desses casos. Neste trabalho relata-se um caso de um paciente de 13 anos com diagnóstico de LMA.

**Objetivo:** Descrever o caso de um paciente pediátrico diagnosticado com LMA, um subtipo de leucemia menos comum nessa faixa etária, vivenciado na enfermaria do Hospital São João Batista (Volta Redonda – RJ), ressaltando a importância do diagnóstico precoce na melhora da sobrevida.

**Metodologia:** Breve revisão bibliográfica sobre LMA, tendo como bases de dados Pubmed e Scielo e relato de caso clínico de um paciente acometido com a doença.

**Discussão:** F.S.M., sexo masculino, 13 anos de idade, apresentou-se ao pronto-socorro apresentando edema palpebral sem sinais flogísticos. Relatou também dispneia aos esforços moderados e diversos episódios de epistaxe e anemia. Não apresentou alterações ao exame físico, além do edema palpebral. Foram solicitados exames complementares, que revelaram intensa anemia e plaquetopenia, levantando a hipótese de LMA. O diagnóstico foi confirmado através do mielograma e exame de imunofenotipagem, que revelaram presença de inúmeras células blásticas de origem mielóide. Em pediatria, o tipo de neoplasia mais comum são as leucemias que podem ser agudas ou crônicas. Na faixa etária pediátrica, há forte predominância dos casos agudos, ocorrendo em 95% das vezes. A leucemia linfóide

aguda representa 80% dos casos pediátricos de leucemias, enquanto que a LMA ocorre em apenas 15% dos episódios. Apesar da baixa incidência em pacientes pediátricos, a doença representa 30% dos óbitos por algum tipo de leucemia. A LMA é uma neoplasia caracterizada pela proliferação clonal e maturação aberrante de um dos precursores hematopoiéticos da linhagem mieloide. Como manifestação clínica, observa-se uma pancitopenia como efeito final de todos os eventos decorrentes na LMA, ou seja, diminuição da produção de hemácias, granulócitos e plaquetas, levando a manifestações clínicas inespecíficas. Essas manifestações podem ser semelhantes as da gripe ou de outras doenças comuns, como febre, fadiga, perda de peso corporal ou perda de apetite, falta de ar, anemia, hematomas, hemorragias, entre outros. A LMA é uma neoplasia hematológica heterogênea, constituindo um enorme desafio diagnóstico e terapêutico. A suspeita diagnóstica pode surgir em um exame de rotina, ou em um hemograma, que habitualmente apresenta plaquetopenia e anemia, além de leucopenia ou leucocitose, com presença de pelo menos 30% de blastos mielóides visualizados no sangue periférico. O principal objetivo do tratamento é atingir o estado de remissão completa, ou seja, ausência de células blásticas no sangue e na medula óssea. O tratamento deve ser agressivo o suficiente para produzir remissão completa, já que remissões parciais não oferecem vantagem na sobrevida global desses pacientes. O tratamento consiste na administração de quimioterapia intensiva para se atingir esse resultado, utilizando associações de quimioterápicos.

**Conclusão:** A LMA é o subtipo de leucemia menos comum na infância, porém, mesmo sendo incomum, quando diante de um quadro clínico acompanhado de história e exames laboratoriais sugestivos, não se pode descartá-la como possibilidade diagnóstica. Fazer o diagnóstico de leucemia na faixa etária pediátrica é uma tarefa difícil, já que ela não apresenta sintomas específicos, podendo ser confundida com doenças próprias da infância. O diagnóstico precoce é essencial, visto que num estágio inicial, o tratamento é menos agressivo e os acometimentos extramedulares também são menores, aumentando assim a sobrevida do paciente.

**Palavras-chave:** Leucemia mieloide aguda; pediatria; plaquetopenia.



## REFERÊNCIAS

KARP, J. M. D. Leucemia Mieloide Aguda. **Sociedade de Leucemia e Linfoma**, 2011.

LEE, M. L. M. Leucemias agudas na infância. **Pediatria Moderna**, v. 35, n. 8, p. 616-623, Ago. 1999.

BORATO, M. V. *et al.* Leucemia mielóide aguda na criança: experiência de 15 anos em uma única instituição. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, p. 489-96, 2003.

PEREIRA, W. V. Tratamento da leucemia mielocítica aguda na infância e adolescência. **Ser. Monogr. Esc. Bras. Hematol**, 2002.





## USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO: ESTUDO NA ESCOLA ESTADUAL BRASÍLIA, NO MUNICÍPIO DE VOLTA REDONDA-RJ

*Camila Molina da Silva; Glenda Alves Pereira de Oliveira; Laís Mais Cezar; Rafaela Vieira Canettieri; Rafaela Nasraui Calçada; Katia Villaça dos Santos; Yolanda Fernandes Malta.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como adolescentes as pessoas com idade entre 10 e 19 anos. A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública tanto no Brasil como em outros países. Muitas vezes, os jovens não têm fácil acesso a informações a respeito de métodos contraceptivos, seja por razão cultural, social ou somente familiar. Os métodos contraceptivos são indispensáveis na vida das mulheres sexualmente ativas que querem prevenir uma gravidez não planejada.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é avaliar o conhecimento de adolescentes do sexo feminino a respeito dos métodos contraceptivos e sua adesão.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo com adolescentes do sexo feminino, com idade entre 12 e 18 anos, da Escola Estadual Brasília, do município de Volta Redonda, RJ. Este estudo foi feito com base em um questionário composto por oito perguntas, abordando idade da menarca; início da vida sexual; uso de métodos contraceptivos e, se sim, qual método utiliza e com que frequência; uso da pílula do dia seguinte; quais orientações recebidas sobre esses métodos por profissionais da saúde e se já engravidou.

**Resultados:** Com base no questionário, foram elaborados gráficos, com o intuito de constatar em dados numéricos os resultados analisados. Observou-se que, dentre as adolescentes, houve um predomínio na faixa etária de 14-16 anos, correspondendo a 58% do total; 25% das adolescentes já iniciaram vida sexual; a idade de início das relações sexuais teve um pico aos 15 anos e uma diminuição aos 17 anos; na análise sobre as que receberam orientação profissional sobre métodos contraceptivos, notou-se que apenas 37% receberam; sobre o uso de contraceptivos nas adolescentes que já iniciaram vida sexual, observou-se que 68% faziam uso,

porém apenas 56% utilizam de forma regular e 32% não utilizam nenhum método; em relação ao tipo de método contraceptivo utilizado e sua associação ou não com a camisinha, verificou-se que o mais usado foi o anticoncepcional oral (ACO), cerca de 60% do total. O segundo método utilizado foi a camisinha, aproximadamente 35%; por último, o anticoncepcional intramuscular, com apenas 8%. Em relação à associação com camisinha, 13% fazem uso de ACO com camisinha e apenas 4% utilizam o anticoncepcional IM com camisinha; sobre o uso de pílula do dia seguinte em meninas sexualmente ativas, 44% já fizeram uso; dentre as sexualmente ativas, 8% já engravidaram.

**Discussão:** No Brasil, os adolescentes têm iniciado a vida sexual precocemente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a idade média desse início foi aos 16 anos, no sexo feminino. Esse início precoce se tornou um problema para a saúde pública. Diante disso, a escola é adotada como um local para implementação de políticas públicas na promoção de saúde nos adolescentes. Segundo estudos realizados em 2008, os adolescentes tendem a não usar preservativo no início de sua vida sexual. A pílula do dia seguinte é outro tema que deve ser abordado com os adolescentes, devendo ser usada em até 72 horas, em casos estupro/violência sexual e falha de outros métodos contraceptivos e o não uso de contraceptivo. Essa falta de informações sobre os métodos contraceptivos reforça a necessidade de investimentos na educação preventiva da população adolescente, no geral. Esse maior investimento é primordial para que os adolescentes tenham acesso à prática da anticoncepção, diminuindo assim a resistência ao seu uso.

**Conclusão:** Perante os dados coletados, chamamos a atenção para a idade precoce de início da vida sexual, salientando assim a importância da orientação quanto à contracepção dessas jovens. A grande maioria das entrevistadas relata nunca ter tido orientação profissional e não usar qualquer método contraceptivo. Reforçamos a importância de palestras educativas que podem ser feitas por profissionais, indo à escola e promovendo, dessa maneira, a prevenção de DSTs e de gestações indesejadas, de forma a levar informações corretas e com embasamento médico comprovado. É preciso mudar a realidade dessa faixa etária, devendo para isso incentivar que as adolescentes procurem um ginecologista para as corretas orientações.

**Palavras-chave:** Métodos contraceptivos; adolescentes; sexualidade.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes\\_nacionais\\_adoles\\_jovens\\_230810.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_nacionais_adoles_jovens_230810.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2015.

LONGO, L. A. F. B. Juventude e contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. In: **XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais.** Ouro Preto, MG, 2002.

[rafaelacanet@gmail.com](mailto:rafaelacanet@gmail.com)



## ESTUDO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NA MEDICINA

*Ramon Magalhães Coelho; Rodrigo C. C. Freitas.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A hipotermia é a consequência do frio intenso em que o organismo é exposto, definida como o estado em que a temperatura corporal se encontra abaixo do normal. A prática terapêutica leva à supressão dos controles hipotalâmicos, permitindo evitar sequelas neurológicas. É controlada com objetivos pré-definidos e já existe há mais de 50 anos em cirurgias cardíacas, porém, recentemente está sendo usada em cirurgias neurológicas e, em adultos, nos tratamentos de pós-parada cardiorrespiratória (PCR). A hipotermia terapêutica é pouco utilizada por intensivistas e emergencistas, mesmo com a estimativa de pacientes comatosos pós PCR, com possibilidade de melhoria em seu prognóstico neurológico – uma média de 2300 (entre 300 e 9500) – a alta, pois ainda surgem dúvidas sobre a implantação dessa terapia nos hospitais, sobre se seus benefícios justificam a adoção dessa terapia, tendo em vista o seu custo paralelamente ao prognóstico, em geral, ruim nos pacientes fora do hospital.

**Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo uma revisão de literatura sobre os principais fatores de riscos e benefícios para o uso da técnica de hipotermia terapêutica nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), no intuito de aprender sobre a importância dessa prática, bem como conhecer quais são os riscos que podem ocorrer durante o tratamento. E, também, como evidenciá-los para que haja melhoria e aprimoramento do trabalho do médico e da evolução do paciente.

**Metodologia:** Para a revisão de literatura proposta, serão levantados os mais recentes artigos sobre o tema nas bases de dados Pubmed-Medline, Scielo, bem como nas principais bibliografias sobre o assunto.

**Discussão:** A hipotermia terapêutica, apesar de ter sido proposta em 1940 e, desde então, estudada para melhoria de sua prática, ainda não é inteiramente utilizada nos hospitais, embora o tratamento com hipotermia possa ser de valor em termos de saúde pública, quando se tem o conhecimento que a incidência de casos de PCR na população por ano é muito alto. Foram realizados dois ensaios randomizados prospectivos que serviram de base para essas diretrizes, recentemente publicados

em 2002, no *The New England Journal of Medicine* e conduzidos na Europa e na Austrália, que compararam a hipotermia leve com a normotermia em sobreviventes comatosos de PCR fora de hospital, associada à fibrilação ventricular precoce. No estudo europeu (nível de evidência 1), os pacientes inconscientes foram randomizados para receber resfriamento até uma temperatura-alvo central de 32°C a 34°C, com o uso de um colchão de bolsas de gelo, no intervalo de 4 a 16 horas, a partir da PCR ou para manter normotermia. A hipotermia foi mantida por 24 horas, com reaquecimento passivo gradual depois de 24 horas. Setenta e cinco (55%) de 136 pacientes do grupo da hipotermia conseguiram viver, independentemente, após seis meses, em comparação com 54 (39%) de 137 pacientes do grupo da normotermia. A mortalidade aos seis meses pós-reanimação foi de 41% no grupo da hipotermia quando comparada aos 55% do grupo normotérmico. No estudo australiano (nível de evidência 2), os pacientes foram pseudo-randomizados (entre dias ímpares e pares) para receber resfriamento por bolsas de gelo, com uma temperatura-alvo central de 33°C. A hipotermia foi mantida por 12 horas depois da internação, iniciando-se o reaquecimento ativo com 18 horas. Vinte e um (49%) de 43 pacientes inconscientes tratados com hipotermia tinham boa função neurológica na alta em comparação aos 9 (26%) de 34, no grupo da normotermia.

**Conclusão:** A utilização em estudo da hipotermia como tratamento mostra uma melhor resposta neurológica, devido ao seu papel neuro e cardioprotetor, contribuindo para um maior sucesso nas salas de cirurgias, bem como a redução da mortalidade e das sequelas neurológicas. Portanto, apesar de não ser tanto utilizado e, ainda, não implantado nos hospitais, o desafio para o futuro é encontrar evidências indiscutíveis que comprovem a superioridade da eficácia do tratamento, em relação aos seus riscos que, atualmente, são mínimos, com uniformização das condutas.

**Palavras-Chave:** tratamento; hipotermia; benefícios; riscos.

## REFERÊNCIAS

MEHLMANN, F.M.G. **Hipotermia terapêutica: compreendendo seus benefícios, conhecendo seu custo-efetividade, buscando sua prática.** [Monografia]. Itaperuna: Faculdade Redentor, Departamento Nacional Mehlmann de Pós-graduação e Atualização, 2009.



TOMA, A. *et al.* Perceived barriers to therapeutic hypothermia for patients resuscitated from cardiac arrest: a qualitative study of emergency department and critical care workers. **Crit Care Med**, v. 38, n. 2, p. 504-9, 2010.



## DÉFICIT DE CRESCIMENTO POR AÇÃO HORMONAL

*José Guilherme Guedes Lousada; Raylane Shellyda de Almeida Anate;  
Cristiane Gorgati Guidoreni.*

Curso de Medicina, UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O hormônio do crescimento (GH) é sintetizado e secretado pela adenoipófise, atuando no metabolismo e no crescimento. Nesta abordagem, são enfocados vários aspectos do GH, sendo destacados seus controladores no hipotálamo, os caminhos de síntese e liberação e papel no metabolismo e no crescimento associado às somatomedinas.

**Objetivos:** O artigo tem por objetivo principal analisar e colher as informações mais importantes abordadas, com base nos artigos analisados sobre Déficit do Crescimento por Ação Hormonal e, com base nessas análises, obter uma visão ampla sobre essa doença.

**Metodologia:** A pesquisa baseou-se em artigos selecionados de sites de pesquisas acadêmicas, de boa qualidade e referência, tais como Scielo, Revista Brasileira de Análises Clínicas e outros referenciados, no item de referências.

**Discussão:** O hormônio do crescimento (GH) é o mais abundante dos hormônios da hipófise anterior, sendo sintetizado e secretado por somatotrofos que correspondem a, aproximadamente, 50% das células secretoras de hormônio da hipófise anterior. Além de influenciar o crescimento corpóreo, o hormônio do crescimento desempenha importante papel no metabolismo, composição corporal, perfil lipídico, estado cardiovascular e longevidade. Seu controle é multirregulado por hormônios, metabólicos e peptídeos hipotalâmicos. A deficiência do hormônio do crescimento (GH) é decorrente, na grande maioria dos casos, de tumores da região hipotálamo-hipofisário e /ou de seu tratamento, cirúrgico ou radioterápico. Situações em que a deficiência de GH é severa, como nos defeitos do gene do GH e no craniofaringeoma, cursam com atraso importante do crescimento e ausência total ou quase total de GH nos testes provocativos. Entretanto, a deficiência parcial ou menos severa de GH também cursa com atraso do crescimento, porém com um grau variável de respostas nos testes provocativos. Somando-se a isto, devemos





considerar que muitos fatores estão envolvidos na secreção de GH e no eixo GH-IGFs.

**Conclusões:** Pelo exposto, podemos concluir que o GH é um hormônio da atualidade e do futuro, podendo ser estudado e avaliado em uma ampla área de pesquisa. Esse hormônio não é o único fator determinante do déficit de crescimento, mas talvez um dos principais. O tratamento mais adequado para pessoas que sofrem com a deficiência do hormônio do crescimento (GH) é a administração deste através de caneta, resultando em menor desperdício quando comparado ao tratamento por seringa, devendo o seu uso ser instituído pelo sistema público de saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** Ação hormonal; déficit de crescimento; medicina.

## REFERÊNCIAS

FREDERICO, G.M. *et al.* Tratamento da deficiência do hormônio de crescimento (GH) em crianças: comparação entre o uso de canetas versus frascos/seringas para a aplicação do GH. **ARQ. BRAS. ENDOCRINOL. METAB.**, v. 51, n. 7, 2007.

JALLAD, R. S; BRONSTEIN, M. D; Deficiência de GH na Vida Adulta: Como Diagnosticar e Quando Tratar? **ARQ. BRAS. ENDOCRINOL. METAB.**, 2008.

PAULA, L. P; CZEPILEWSKI, M. A; Avaliação dos métodos diagnósticos para deficiência de GH (DGH) na infância: IGFs, IGFbPs, testes de liberação, ritmo de GH e exames de imagem. **ARQ. BRAS. ENDOCRINOL. METAB.**, v. 52, n. 5, 2008.

PONTES, E. S; BARBOSA, E; Condução do tratamento com hormônio de crescimento (GH) nos pacientes com diagnóstico de deficiência GH (DGH) durante o período de transição da criança para o adulto. **ARQ. BRAS. ENDOCRINOL. METAB.**, v. 52, n. 5, p. 854-860, 2008.



## HIPERTENSÃO RENOVASCULAR

*Jamile Nóbrega Zeraik Abdalla; Raylane Shellyda de Almeida Anate.*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O presente artigo refere-se à hipertensão renovascular, que é definida como níveis pressóricos elevados, resultantes de isquemia renal, geralmente, causada por lesão obstrutiva parcial ou completa, capaz de afetar a pressão de perfusão e o fluxo sanguíneo renal, determinando, como consequência, hipertensão arterial sistêmica e, eventualmente, insuficiência renal. A lesão pode ser intrínseca (aterosclerose, arterite, etc.) ou alterações no fluxo sanguíneo renal (fístula arteriovenosa ou aneurismas), ou, mais raramente, compressão extrínseca (tumores, hematomas e fibrose). A doença renal crônica é confirmada por biópsia, por marcadores de lesão ou quando a taxa de filtração glomerular está abaixo de 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> por período superior a três meses. A doença renovascular é efetivamente uma condição clínica subdiagnosticada, quando se considera o perfil clínico dos pacientes. Nesse aspecto, deve ser considerada a relação de causa e efeito entre o quadro hipertensivo e a estenose da artéria renal, principalmente, nos mais idosos.

**Objetivo:** O artigo tem por objetivo principal analisar e colher as informações mais importantes abordadas, com base nos artigos analisados sobre Hipertensão Renovascular, e, com base nessas análises, obter uma visão ampla sobre essa doença.

**Metodologia:** A pesquisa baseou-se em artigos selecionados de sites de pesquisas acadêmicas, de boa qualidade e referência, tais como Scielo, Revista Brasileira de Análises Clínicas e outros referenciados no item de referências.

**Discussão:** No passado, a nefropatia de causas glomerulares figurava como a principal causa de hipertensão secundária de causa renal; entretanto, as principais causas atuais de lesão renal passam a ser o diabetes e a hipertensão arterial. O aspecto clínico inicial preponderante é a microalbuminúria, que pode ser definida como a excreção de albumina na urina entre 30 mg/dia e 300 mg/dia, sendo um dos sinais mais precoces da nefropatia diabética ou hipertensiva. Além do aspecto discriminador da lesão renal inicial, a microalbuminúria está associada a aumento do



risco cardiovascular. A proteinúria clínica ou albuminúria, definida quando a excreção de albumina na urina é superior a 300 mg/dia, está associada à rápida progressão da doença renal e aumento do risco cardiovascular.

**Conclusão:** O diagnóstico de hipertensão arterial secundária sempre deve ser avaliado. Em tais casos, é possível uma abordagem terapêutica direcionada à doença específica, por vezes, de forma curativa. Devido à frequência crescente dos casos de hipertensão renovascular, que pode se superimpor a HAS primária, complicando-a, atenção constante deve ser dada a essa situação, especialmente no seguimento, em longo prazo. Alguns dados devem nos alertar para essa possibilidade: início de hipertensão em pacientes com menos de 20 anos e mais de 50 anos (principalmente em mulheres); história familiar negativa para HAS; HAS grave ou refratária, particularmente no paciente com creatinina sérica acima de 1,5 mg%, sugerindo estenose renal bilateral; retinopatia muito grave; descompensação da função renal, etc.

**Palavras-chave:** Hipertensão renovascular; nefropatia; hipertensão arterial sistêmica.

## REFERÊNCIAS

BORELLI, F. A. O; PIMENTA, E.; Hipertensão secundária – renovascular: diagnóstico e tratamento. **Rev Soc Cardiol**, Estado de São Paulo, v. 2, p. 135-40, 2008.

BORTOLOTTI, L. A; Associação de estenose de artéria renal e doença coronária em pacientes com hipertensão e aterosclerose. **Rev Bras Hipertensão**, v. 16, p. 190-191, 2009.

FRANCO, R. J. S; Hipertensão secundária à nefropatia: diagnóstico e tratamento. **Rev Bras Hipertensão**, v. 9, p. 141-147, 2002.

GELEILETE, T. J. M. *et al.* Quando suspeitar de hipertensão arterial sistêmica secundária e como investigar as principais causas. **Rev Bras Hipertensão**, v. 7, n. 4, out/dez, 2000.

## LIPOSSARCOMA GIGANTE DE RETROPERITÔNIO

*Rayssa Ferreira de Sousa<sup>1</sup>; Celso José Cobianchi Filho<sup>1</sup>;  
Luis Felipe Araújo de Carvalho<sup>2</sup>; Renato de Oliveira de Flores<sup>2</sup>; Biazi Ricieri Assis<sup>2</sup>;  
Marcelo Betim Paes Leme<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Unifoa – Centro Universitário de Volta Redonda.

<sup>2</sup> Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** Os sarcomas de partes moles são tumores infrequentes e representam apenas 1 a 2% das neoplasias malignas. Destes, 10 a 20% tem sua localização no retroperitônio, sendo o lipossarcoma o tipo histológico mais comum. A localização retroperitoneal permite o crescimento do tumor em grande volume, sem causar sintomas ao paciente. Quando há sintomas, o mais comum é aumento do volume abdominal. A ressecção cirúrgica radical com margens livres é a única alternativa terapêutica, com a possibilidade de obtenção de cura, porém o atraso do diagnóstico, a dificuldade de localização e a invasão de órgãos adjacentes podem tornar o procedimento cirúrgico um desafio.

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com lipossarcoma gigante de retroperitônio; discutir brevemente os tipos desse tumor e sua abordagem cirúrgica.

**Relato de experiência:** Mulher, 52 anos, deu entrada no pronto-socorro do hospital com queixa de massa abdominal palpável em hipocôndrio direito, dor e emagrecimento. A paciente relata que já havia realizado exames de imagem complementares (ultrassom e tomografia de abdome) pela mesma queixa. Realizada internação para investigação da massa. Ao exame físico, paciente apresentava abdome globoso e flácido, com volumosa massa à direita, palpável e indolor. Estado neurológico preservado, sem sinais de choque. Exames laboratoriais normais. Foi submetida à nova tomografia computadorizada de abdome com contraste, que evidenciava volumosa massa heterogênea, com áreas com densidade de gordura de permeio, lobulada, bem delimitada, apresentando vascularização periférica, medindo aproximadamente 28,5x20,5x18,0 cm nos maiores eixos, localizada na região abdominal à direita com extensão ao retroperitônio e ocupando a região pélvica, rechaçando órgãos adjacentes. Após o risco cirúrgico da paciente, sem contra

indicações à realização do procedimento cirúrgico, foi proposta a tentativa de retirada da massa. Procedimento realizado por via laparotômica com incisão xifopúbica, sem intercorrências no intra e pós-operatório. O material apresentou peso por volta de 10 kilogramas, enviado para análise histopatológica, com resultado de lipossarcoma.

**Resultados:** Sarcomas são neoplasias malignas originadas do tecido mesenquimal, usualmente localizado nos músculos, gordura e tecido conectivo. Os tipos histológicos mais comuns são: lipossarcoma (41%), leiomiossarcoma (28%), fibrohistiocitoma maligno (7%), fibrossarcomas (6%) e tipos indiferenciados. Os lipossarcomas ocorrem mais comumente nas extremidades, retroperitônio e na região inguinal. A localização retroperitoneal implica em pior prognóstico, provavelmente pela demora no diagnóstico e pela localização anatômica complexa. Podem ser classificados de acordo com o grau de diferenciação. A presença da dediferenciação aumenta o risco de morte em seis vezes, quando comparado a tumores bem diferenciados. Há controversas na extensão da ressecção que constituiria o manejo cirúrgico adequado para sarcomas retroperitoneais. Levando em consideração a história natural de cada tipo histológico, a retirada de rotina de órgãos contíguos na tentativa de conseguir margens negativas seria apropriada para alguns. Poucos pacientes com lipossarcoma apresentam metástases à distância. A maior causa de morte nesses pacientes é a invasão ou recidiva local em órgãos adjacentes. As estruturas mais frequentemente ressecadas são os rins, ureteres e intestino grosso. Ainda é questionável o valor da terapia adjuvante no tratamento desses pacientes, já que o baixo número de casos dessa neoplasia implica em poucos estudos sobre o assunto.

**Conclusões:** Lipossarcomas retroperitoneais representam um desafio terapêutico, devido à sua localização, tamanho e invasão de outras estruturas. A ressecção cirúrgica completa e adequada torna-se o principal fator prognóstico. A realização de procedimentos complexos e agressivos com mínima repercussão e complicações pós-operatórias deve ser o objetivo dos cirurgiões.

**Palavras-chave:** Neoplasias abdominais; neoplasias retroperitoneais; lipossarcoma.



## REFERÊNCIAS

SANTOS, C. E. R. et al. Estudo de morbimortalidade cirúrgica, da sobrevida dos fatores prognósticos dos paciente portadores de sarcomas primários do retroperitônio. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, Set/Out, 2005.

SIOSAKI, M. D.; MAGALHÃES NETO, W. Lipossarcoma retroperitoneal gigante: relato de caso, tratamento cirúrgico e revisão de literatura. **Anais do I Congresso Norte e Nordeste da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica**. São Paulo, v. 1, n. 3 p. 30, 2014.

TONETO, M. G. et al. Lipossarcoma Gigante de Retroperitônio. **Revista Brasileira de Cacerologia**, v. 59, n. 2, p. 255-260, abril 2013.

[rayssafs@yahoo.com.br](mailto:rayssafs@yahoo.com.br)

## TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DE HEMOPERITÔNIO SECUNDÁRIO À RUPTURA DE CISTO ANEXIAL NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

*Rayssa Ferreira de Sousa<sup>1</sup>; Isabela Graciano Assis Oliveira<sup>1</sup>;*

*Alex Monteiro Leal da Paixão<sup>2</sup>; William Borba Porto<sup>2</sup>;*

*Roberto Marcellus de Barros Sena<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

<sup>2</sup> Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** A principal causa de abdome agudo hemorrágico em ginecologia é a gravidez ectópica, sendo os cistos ovarianos rotos a segunda maior causa. Dentre as mulheres acometidas por essa afecção, 89,2% têm idade entre 20 e 49 anos. Observa-se que, em mulheres abaixo dos 20 anos, os processos expansivos anexiais são menos frequentes. A maioria dos cistos não causa nenhum sintoma, mas parte deles evolui com ruptura, sangramento, torção ou dor apenas. Nesses casos, o tratamento cirúrgico deve ser indicado. Uma opção terapêutica é a videolaparoscopia, que ganhou espaço nas últimas décadas e se mostra eficaz no trato ginecológico, inclusive nos casos de urgência.

**Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com hemoperitônio secundário a cisto anexial roto, tratada cirurgicamente por videolaparoscopia e revisar brevemente a literatura acerca da eficácia desse meio de abordagem.

**Relato de experiência:** Mulher, 18 anos, nulípara. Deu entrada no pronto-socorro do hospital com queixa de dor abdominal intensa há um dia, com vômitos e diarreia. Evoluiu com sinais clínicos de hipovolemia sem perda do sensório (choque grau I), com abdome distendido, dor e sinais de irritação peritoneal no terço inferior do abdome. Os exames laboratoriais apresentaram eritrograma normal, leucocitose, fração beta da gonadotrofina coriônica negativa e exame de urina normal. A tomografia computadorizada de abdome com contraste evidenciava presença de massa pélvica à direita e líquido livre em grande quantidade. A hipótese diagnóstica fora de abdome agudo hemorrágico secundário à ruptura de cisto anexial, com proposta de videolaparoscopia diagnóstica e terapêutica. A paciente foi submetida ao procedimento proposto sem intercorrências. No ato cirúrgico, durante a



exploração da cavidade, foi observada presença de grande quantidade de sangue e coágulos decorrente de cisto ovariano direito roto. Foi realizada higienização da cavidade, ooforoplastia direita e revisão da hemostasia. Seguiu internada em uso de sintomático e antimicrobiano profilático. No segundo dia pós-operatório, a paciente apresentou anemia severa (hematócrito 23,70%; hemoglobina 7,8g/dl), sem sinais de instabilidade hemodinâmica. Foram transfundidos concentrados de hemácias. Recebeu alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório, sem complicações, com encaminhamento para acompanhamento ginecológico. Paciente aguarda resultado de estudo anatomo-patológico da lesão anexial.

**Resultados:** A rotura do cisto anexial cursa com dor de início abrupto, podendo evoluir para dor generalizada, chegando a apresentar sinais de hipovolemia em consequência de hemoperitônio, tornando-se urgência cirúrgica. O emprego da videolaparoscopia apresenta como vantagens: menor dor no pós-operatório, menor tempo de internamento, menor índice de infecção do sítio operatório. A laparoscopia tem, segundo estudos, alta sensibilidade e especificidade. É válido ressaltar que a experiência do cirurgião em videocirurgia é fundamental para o diagnóstico preciso. Para o tratamento de cistos anexiais pode-se optar pela técnica da ooforoplastia ou ooforectomia, definida no ato cirúrgico de acordo com a apresentação da lesão anexial e levando em consideração a idade e condições clínicas da paciente. No caso descrito, foi optado pela ooforoplastia, pois a paciente encontrava-se em idade fértil e a extração do cisto foi factível.

**Conclusões:** As lesões anexiais podem se manifestar agudamente, sendo o sangramento indicação de cirurgia, na grande maioria dos casos. A abordagem laparoscópica tornou-se factível na urgência, de acordo com a habilidade do cirurgião e agregando os benefícios da cirurgia minimamente invasiva.

**Palavras-chave:** Laparoscopia; cisto ovariano; hemoperitônio; cirurgia de urgência.

## REFERÊNCIAS

DE OLIVEIRA, M; MELKI, L; TAVARES, R. Abdome agudo ginecológico. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, ano III, 8 de Abril de 2014.

KIM, H. B. *et al.* Laparoscopic ovarian surgery in children and adolescents. **JLS**, v. 19, n. 1, jan/mar 2015.



MONTEIRO, A. M. V. *et al.* Diagnóstico por imagem no abdome agudo não traumático. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 11-30, 2009.

MURTA, E. F. C. *et al.* Análise retrospectiva de 287 casos de abdome agudo em ginecologia e obstetrícia. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 44-47, Fevereiro 2001.

SOUZA, E. *et al.* Preservation of the fertility and the ovaries in women with benign adnexal tumors. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 1, p. 36-41, janeiro 2015.

VALEZI, A. C. *et al.* Laparoscopia no abdome agudo inflamatório de difícil diagnóstico. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 282-285, Agosto 2003.

[rayssafs@yahoo.com.br](mailto:rayssafs@yahoo.com.br)



## TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

*Yolanda Fernandes Malta; Lais Maria Pinheiro de Faria; Leticia Tondato da Silva  
Costa; Thais Bressan Batista Rodriguez; Fernanda Pompeu;  
Joice de Carvalho Paes.*

*UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.*

**Introdução:** O Transtorno do Espectro Autista (TEA), por definição da Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, é um grupo de doenças cujas principais manifestações são um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. A síndrome acomete de 3,5 a 4 vezes mais os indivíduos do sexo masculino do que do sexo feminino, tendo um forte componente ligado ao X. A taxa de prevalência de todos os transtornos globais chega a 58,7% por 10.000 crianças. O transtorno é de etiologia desconhecida e multifatorial, sendo considerada uma síndrome neuropsiquiátrica. O diagnóstico é realizado através do relato da história pelos pais, associado à observação da clínica apresentada pelo paciente. O diagnóstico precoce, antes dos 03 anos de idade, é fundamental, sendo um dos critérios diagnósticos do espectro autismo. Pelo Manual de Classificação e Estatísticas de Doenças Mentais, 4ª edição (DSM-IV, 1995), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), o autismo é classificado em: Transtorno Autista, Transtorno de Asperger, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem Outra Especificação (incluindo autismo atípico), Síndrome de Rett e Transtorno Desintegrativo da Infância. O tratamento ainda não é específico, sendo necessária a adoção de uma intervenção multidisciplinar.

**Objetivo:** Conhecer a magnitude do diagnóstico do TEA, de modo a auxiliar os profissionais da área da saúde a identificar possíveis portadores do transtorno, definindo os parâmetros utilizados para o diagnóstico e classificação do TEA e apresentando os tratamentos contemporâneos, sendo estes farmacológicos ou não.

**Metodologia:** Levantamento bibliográfico através do Pubmed, Scielo, Medline, Medstudent.

**Discussão:** O TEA é um distúrbio de desenvolvimento complexo e heterogêneo, de múltiplas etiológicas e graus variados de severidade. O diagnóstico é realizado

através de uma boa anamnese, não existindo marcadores biológicos que os definam. Segundo o DSM-IV, 1995, da Associação Psiquiátrica Americana, o autismo é classificado em: Transtorno Autista; Transtorno de Asperger; Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem Outra Especificação - incluindo autismo atípico; Síndrome de Rett; Transtorno Desintegrativo da Infância. Em 2013, foi lançado o DSM-V, em que dentro dos TIDs, cunhou-se o termo Transtorno do Espectro Autista que engloba o Autismo Clássico, a Síndrome de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação, separando-os da Síndrome de Rett e do Transtorno Desintegrativo da Infância. O autismo é um distúrbio no desenvolvimento neurológico, desenvolvendo-se e sendo diagnosticado antes dos 36 meses de idade. É caracterizado por comprometimento qualitativo nas áreas do desenvolvimento da linguagem/capacidades de comunicação, das interações sociais recíprocas e da atividade imaginativa e da brincadeira. A Síndrome de Asperger é caracterizada por comprometimento qualitativo no desenvolvimento de interação social recíproco, com presença de comportamentos repetitivos e interesses restritos, obsessivos e pessoais/íntimos. A Síndrome de Rett é um distúrbio dominante ligado ao X, afetando quase que exclusivamente as meninas, onde o desenvolvimento se inicia normalmente e regride rapidamente, na metade final do primeiro ano. O Transtorno Desintegrativo da Infância ou Demência de Heller é uma rara patologia que consiste no desenvolvimento normal até 2 a 4 anos de idade, seguido por deterioração grave das funções mentais e sociais, com regressão até um estado “autista” antes dos 10 anos de idade, afetando a linguagem, as habilidades sociais e a imaginação, além do controle do intestino e da bexiga. O tratamento é feito por uma equipe multidisciplinar, associado a uma terapia comportamental intensiva, podendo estar associada ou não a fármacos, como por exemplo, os neurolépticos – Haloperidol.

**Conclusão:** Em suma, o TEA manifesta-se antes dos 3 anos de idade. Atualmente, 1 em cada 110 crianças são autistas, numa relação de 4 meninos para cada menina, havendo no mundo mais de 70 milhões de autistas e mais de 2 milhões, no Brasil. Os pacientes com TEA possuem uma tríade de prejuízo: déficit de interação social e comunicação; comprometimento da imaginação e interesses restritos e repetitivos. O tratamento e o prognóstico são bons, sendo de suma importância uma intervenção precoce, visando a uma melhor qualidade de vida.



**Palavras-chave:** Autismo; transtorno do espectro autista; síndrome neuropsiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

FELD, L.; WIZNITZER, M. Prevalence of Autism Rises. Washington, D. C. March 27, 2014. <http://www.autismspeaks.org/news/news-item/prevalence-autism-rises>. Acesso em: 13 out. 2014.

FOMBONNE, E. **Epidemiological studies of pervasive developmental disorders.** In Volkmar F, Paul R, Klin A, Cohen D, editors. Handbook of autism and pervasive developmental disorders, 3rd ed. New Work: Wiley, v. 1, s. I, c. 2, p. 42-69, 2005.

FUENTES, J. *et al* (2012). **Autism spectrum disorders.** In: Rey, J.M. (Ed.). IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

GAUDERER, E. C. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento:** guia prático para pais e profissionais. Rio de Janeiro: Revinter; 1997. p. 3.

MUHLE, R., TRENTACOSTE, S. V.; RAPIN, I. The genetics of autism. **Pediatrics**, v. 113, n. 5, p. 472-486, 2004.

VILELA, C.; DIOGO, S.; SEQUEIRA, S. Autismo e Síndrome de Asperger. [Psicologia.com.pt](http://Psicologia.com.pt). Portal dos Psicólogos. Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes. **Portimão**, Portugal, agosto de 2009.

[yolanda.malta@hotmail.com](mailto:yolanda.malta@hotmail.com)



## PUBLICIDADE PARA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

*Kerollen Sávio Neto da Silva; Salete Leone Ferreira;  
Rhanica Evelise Toledo Coutinho.*

UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda; RJ

**Introdução:** A gravidez indesejada na adolescência é algo muito recorrente. Atualmente, nos países em desenvolvimento, vinte mil meninas com menos de dezoito anos dão à luz e duzentas morrem devido a complicações na gravidez ou parto. Em todo o mundo, 7,3 milhões de meninas ficam grávidas a cada ano, das quais dois milhões tem menos de quinze anos, número que pode aumentar para três milhões até 2030, se a tendência atual for mantida (BRASIL, 2015). A publicidade direcionada adequadamente a esse público-alvo seria muito relevante, pois como ela utiliza várias ferramentas para motivar e persuadir o público-alvo poderia facilitar a comunicação entre o Ministério da Saúde e os adolescentes. Uma das ferramentas de Publicidade a ser proposta neste trabalho, com o objetivo de persuadir o público-alvo é o *Jingle*, para Rabaça (1995, p. 345), é uma "mensagem publicitária em forma de música, geralmente simples e cativante, fácil de cantarolar e de recordar. Sua duração média varia de 15 a 30 segundos". A pesquisa em tela trata de um Trabalho de Conclusão de Curso de Publicidade e Propaganda do UniFOA que se encontra em desenvolvimento. Pretende-se investigar o que o Ministério da Saúde do Governo Federal tem feito para amenizar esse problema. Existem campanhas publicitárias voltadas para essa questão? Estudar essa temática torna-se importante porque se pode propor uma campanha transdisciplinar, mais específica a esse público, de forma que auxilie em sua prevenção, diminuindo esse índice.

**Objetivos:** Pretende-se analisar as campanhas feitas pelo Ministério da Saúde a respeito da Gravidez na Adolescência. E, como objetivos específicos: compreender o que a literatura vem trazendo de conceitos acerca desse tema; verificar quais são as propostas das Campanhas do Ministério da Saúde sobre o tema "Gravidez na Adolescência"; propor novos caminhos de comunicação, visando abordar uma linguagem bem ajustada ao público-alvo e mostrar de que forma a publicidade poderá potencializar ações estratégicas para campanhas públicas governamentais.

**Metodologia:** Este estudo surge a partir do desenvolvimento de um trabalho de conclusão de curso (TCC) que ainda está no início e que se baseia em pesquisa bibliográfica e em levantamento de dados na internet, por meio de dados secundários, que são informações já disponíveis, cujas informações já foram coletadas, tabuladas e ordenadas e estão catalogados, à disposição dos interessados, sem ônus para sua obtenção (SAMARA; BARROS, 2007), nesse caso, na análise das campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde sobre o tema. A comunicação direcionada adequadamente a esse público-alvo seria muito relevante, pois como a publicidade utiliza várias ferramentas para motivar e persuadir, poderia facilitar a comunicação entre o Ministério da Saúde e o seu público-alvo, os adolescentes.

**Resultados:** A partir da revisão bibliográfica realizada até agora, pode-se constatar que é grande o número de jovens que engravidam na adolescência, sendo possível compreender os riscos que correm durante esse processo. Com relação ao uso da publicidade como recurso para campanhas de prevenção, constatou-se que o Ministério da Saúde não propõe nenhuma campanha específica para tratar dessa questão.

**Discussão:** Torna-se clara a necessidade de propor novas formas de comunicação, visando à prevenção da gravidez na adolescência. Acredita-se que o uso de estratégias de comunicação através da publicidade poderá dar bons resultados, uma vez que poderá ser trabalhada uma linguagem que atinja o público, que, na visão das pesquisadoras, deverá ser adolescentes de ambos os sexos.

**Conclusão:** Embora a pesquisa esteja em desenvolvimento, é possível afirmar que a publicidade poderá ser uma grande aliada nessa causa. Como a pesquisa trata de uma investigação teórica e prática, já está em desenvolvimento a proposta de uma produção transdisciplinar que contemple as seguintes peças: um site, dois cartazes e dois jingles. Espera-se que o estudo teórico e a campanha proposta possam contribuir com a prevenção da gravidez na adolescência.

**Palavras-chave:** Gravidez; prevenção; adolescência.





## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanhas educativas previnem a gravidez precoce no País: Gravidez na adolescência.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/campanhas-educativas-previnem-a-gravidez-precoce-no-pais>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

RABAÇA, C. D. A.; BARBOSA, G. **Dicionário de comunicação.** São Paulo: Ática, 1995.

SAMARA, Beatriz Santos; BARROS, José Carlos de. **Pesquisa de marketing: conceito e metodologia.** 4. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.



## HUMANIZAÇÃO E HOSPITALIDADE POR MEIO DA HOTELARIA: ESTRATÉGIAS PARA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

*Giuliane Souza Furtado<sup>1</sup>; Juliana Ferreira da Costa Oliveira<sup>1</sup>;  
Rhanica Evelise Toledo Coutinho<sup>2</sup>; Sônia Cardoso Moreira Garcia<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> FaSF, Faculdade Sul Fluminense.

<sup>2</sup> UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O trabalho aborda a importância da hotelaria hospitalar, humanização e a hospitalidade, como sendo um diferencial no setor de saúde, evidenciando um tratamento mais humanizado, através de ações que o serviço da hotelaria hospitalar oferece. Segundo Oliveira (1981), o hospital precisou transformar-se para diminuir o registro contínuo de doenças sobre o homem, reorganizando-se espacial e administrativamente. Com a exigência dos clientes, em relação a um melhor atendimento e estrutura, as organizações hospitalares estão se preocupando em atender melhor essas exigências. Para Powers (2004), a administração hospitalar consiste em oferecer hospedagem, comodidade e alimentação às pessoas que se encontram fora de sua residência, contribuindo para o bem-estar e a cura do paciente. Devido às inovações tecnológicas e dos elevados padrões de vida, o cliente tornou-se mais exigente quanto ao serviço prestado. Conforme Lino, Gonçalves e Feitosa (2008), deve-se promover programas que capacite e motive o profissional da saúde. O setor de hospedagem tem a finalidade de contribuir, agregar, somar e acrescentar melhorias satisfatórias, podendo oferecer um ambiente harmonizado e tranquilo. Questiona-se: como a humanização e a hospitalidade por meio da hotelaria podem se tornar estratégias eficientes na administração hospitalar?

**Objetivos:** Compreender a aplicação dos conceitos de Humanização e da Hospitalidade dentro da hotelaria como estratégia na administração hospitalar, visando alcançar a qualidade, eficiência e eficácia na prestação de serviços.

**Metodologia:** Foi dividida em duas etapas, sendo que a primeira consiste em uma pesquisa bibliográfica, através de pesquisas em livros e artigos. Na segunda etapa, uma releitura do estudo de caso (CRESWELL, 2007) "Humanização em Hospitais

por meio da Hotelaria: uma forma de agregar valor à administração hospitalar, o Caso Hospital Lúcio Rebelo”, desenvolvido por Batista (2005).

**Resultados:** Foi realizada uma entrevista com 50 pacientes, em que se verificou que o hospital oferece um tratamento diferenciado e mais humano e uma boa qualidade no atendimento, sendo relevante para os clientes de saúde que buscam, como consumidores, um diferencial que está ligado ao saber escutar, ao respeito, evidenciando a necessidade de uma boa hospitalidade. Foi observado o medo que os clientes de saúde têm quando precisam ser internados, pois o ambiente hospitalar causa uma sensação ruim e um desejo de retornar ao seu lar.

**Discussão:** A hotelaria hospitalar, somada à humanização e hospitalidade, possibilita que o cliente de saúde tenha mais conforto, comodidade, segurança e um tratamento mais humanizado, de maneira que amenize sofrimento dos pacientes e familiares, o que pode ser constatado no relato de caso, tornando-se uma ferramenta eficiente para administração hospitalar, de forma a oferecer serviço de qualidade e agregar um diferencial competitivo para a organização.

**Conclusão:** A gestão do serviço de Hotelaria Hospitalar viabiliza o encontro de possíveis soluções na busca da transformação de um local de atendimento "frio", em ambiente receptivo, convidativo e harmônico. Assim, é possível compreender a aplicação dos conceitos de Humanização e da Hospitalidade dentro da hotelaria como estratégia na administração hospitalar, visando alcançar a qualidade, eficiência e eficácia na prestação de serviços. Acredita-se que esses conceitos somados a gestão da hotelaria viabilizaram um considerável avanço no setor hospitalar, tendo como diferencial a primazia pela qualidade e atendimento dos serviços prestados, tornando o ambiente hospitalar mais agradável, humanizado, hospitaleiro. Assim, o cliente terá mais comodidade, auxiliando no processo de recuperação do mesmo, com consequentes ganhos de público e mercado para a empresa. A administração hospitalar pode transformar a humanização e a hospitalidade em estratégias de gestão, a partir do momento em que o administrador se atente às mudanças e se adéque a elas, transformando assim o ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** Administração hospitalar; humanização; hospitalidade; hotelaria hospitalar.



## REFERÊNCIAS

BATISTA, M. E. C. **Humanização em Hospitais por meio da Hotelaria: uma forma de agregar valor à administração hospitalar: o Caso Hospital Lúcio Rebelo.** Curso de Especialização Formação de Consultores em Turismo. Centro de Excelência em Turismo da Universidade de Brasília, 2005.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

POWERS, T. **Administração no setor de hospitalidade:** turismo, hotelaria, restaurante. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, A. B. **A Evolução da medicina.** São Paulo: Pioneira/Secretaria de Estado da Cultura, 1981.



## USO DE REDES SOCIAIS PARA AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE CEFALEIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA DO UNIFOA

*Roberta Narezi Pimentel Rosa; Elder Machado Sarmiento;  
Claudio Manoel Brito; Flavia Cugola.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A cefaleia é considerada grande problema de saúde pública, já que apresenta elevada frequência e gera grande impacto social e econômico. A Sociedade Internacional da Cefaleia correlacionou com as inúmeras etiologias os tipos específicos de dor de cabeça e procurou estabelecer critérios diagnósticos operacionais restritivos para as cefaleias primárias e secundárias. A frequência da ocorrência da cefaleia na população é avaliada por vários estudos, alguns mais específicos avaliando cada tipo e outros mais abrangentes que avaliam a cefaleia como um todo. Estudos realizados por Bigal (2004) e colaboradores afirmaram que 50% da população geral apresenta cefaleia durante um determinado ano e que mais de 90% refere história de cefaleia durante a vida. Há uma elevada prevalência de migrânea e de cefaleia tensional crônica em acadêmicos. Um estudo realizado por Barros (2011) com alunos do primeiro ao quarto ano de Psicologia e Medicina da Universidade de Taubaté constatou que a prevalência de cefaleia nesses acadêmicos foi alta, sendo que a tensional foi predominante nos homens e enxaqueca, nas mulheres. Além disso, ficou provado que a cefaleia tensional ocorreu mais em estudantes de medicina, enquanto a migrânea foi mais prevalente nos acadêmicos de psicologia. O presente estudo visa avaliar a queixa de cefaleia em acadêmicos de medicina do UniFOA e, considerando que não há estudos significativos sobre o uso das redes sociais como ferramenta para evolução da pesquisa, avaliar sobre essa possibilidade.

**Objetivos:** Promover um levantamento epidemiológico da prevalência de cefaleia em um grupo de estudantes de diferentes períodos do curso de Medicina do UniFOA; avaliar se há adesão dos acadêmicos a pesquisas científicas realizada em redes sociais.

**Metodologia:** Selecionou-se, aleatoriamente, 70 alunos de diferentes períodos do curso de Medicina UniFOA, em um grupo na rede social *Facebook*, no qual foi

disponibilizado o Diário da Cefaleia pelo período de 2 meses. Posteriormente, esses diários foram levantados e analisados, quanto à cefaleia e à adesão ao estudo.

**Resultados:** A taxa de adesão à pesquisa foi de 42,85%, demonstrando que, apesar dos jovens apresentarem grande aceitação por redes sociais, muitas vezes relatada em forma de vício, eles ainda as consideram apenas como um meio de entretenimento, não dando credibilidade a sua utilização para pesquisas científicas. Referindo-se a cefaleia, sua prevalência nesses acadêmicos foi de 40%, sendo que tinham entre 21 e 31 anos de idade. Constatou-se ainda que, desses acadêmicos, 83,34% eram do 7º período e a maioria deles associou os episódios ao estresse desenvolvido pelas atividades do período.

**Conclusão:** A visão que se tem a respeito das redes sociais ainda é restrita, não sendo visualizada a relevante contribuição que ela pode dar à pesquisa científica. No que se refere à cefaleia, tendo em vista que, na maioria dos casos, ela foi associada à tensão emocional, conclui-se que a elaboração de mecanismos didáticos e o acompanhamento com equipe multidisciplinar se fazem essenciais para modificar esse quadro.

**Palavras-chave:** Cefaleia; redes sociais; equipe multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS

BARROS, J. E. F. *et al.* Headache among medical and psychology students. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 69, n. 3. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2011000400018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2011000400018&script=sci_arttext). Acesso em: 4 maio 2015.

BIGAL, M. E.; SPECIALI, J. G.; Classificação, epidemiologia e impacto das cefaleias crônicas diárias. **Einstein**, São Paulo, v. 2, s. 1, p. 1-4. 2004. Disponível em: <http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Suplemento/classificacao,%20epidemiologia%20e.pdf>. Acesso em: 4 maio 2015.

HARRISON, T. R. *et al.* **Harrison medicina interna**. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008.

PREZIOSI, F; Diário da cefaleia. **Sociedade Brasileira de cefaleia**. Disponível em: [http://www.sbce.med.br/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=302&Itemid=845](http://www.sbce.med.br/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=302&Itemid=845). Acesso em: 4 maio 2015.



SPECIALI, J. G. *et al.* Epidemiologia das cefaleias. **Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**, São Paulo, out/2011-out/2012. Disponível em: [www.dor.org.br/pdf/campanhas/19.pdf](http://www.dor.org.br/pdf/campanhas/19.pdf). Acesso em: 4 maio 2015.





## SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA: RELATO DE CASO.

*Roberta Narezi Pimentel Rosa; Thamara Ferreira de Assis;  
Elidiana Granato Mendonça Fagundes; Sebastião Roberto de Almeida Lima;  
Ricardo Barbosa Pinheiro.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

Unidade Básica de Saúde Vale Verde, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** A Síndrome Mão-Pé-Boca (SMPB) é uma doença eruptiva viral contagiosa causada frequentemente pelo enterovírus Coxsackie A ou B, enterovírus 71 e Echovirus. Acomete indivíduos de diferentes faixas etárias. Todavia é mais grave em neonatos e em crianças menores que cinco anos, devido à maior suscetibilidade à ocorrência de complicações, como encefalite, meningite, desidratação, edema de pulmão, insuficiência cardíaca, entre outras. A transmissão ocorre pelo contato direto ou indireto com a pessoa contaminada, geralmente, através da transmissão fecal-oral. Seu diagnóstico é clínico, realizado inicialmente na presença de úlceras na mucosa oral, na língua, no palato e na úvula, com histórico anterior próximo de adinamia, anorexia e estado febril. Posteriormente, no aparecimento de máculas eritematosas pruriginosas, assimétricas e, por vezes, dolorosas, que evoluem para vesículas nas regiões plantares e interdigitais das mãos e pés. Geralmente, ocorre como evento isolado, porém epidemias podem surgir regularmente, principalmente, na região do Pacífico, como o surto na China, em 2003, causado pelo Echovirus 19. O diagnóstico diferencial é realizado com sarampo, sífilis, varicela e outras doenças exantemáticas; e seu tratamento geralmente é sintomático, não sendo necessário afastamento escolar. Entretanto, o rompimento das vesículas pode aumentar sua propagação e, por esse motivo, deve ser evitado. O presente relato é de uma lactente diagnosticada com SMPB, na Unidade de Saúde da Família Vale Verde – Volta Redonda-RJ.

**Objetivos:** Promover uma revisão da literatura contida em artigos do Scielo sobre a Síndrome Mão-Pé-Boca, a partir de um relato de caso diagnosticado na Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Vale Verde, em Volta Redonda, RJ.

**Metodologia:** Estudou-se uma paciente de um ano e cinco meses, apresentando sinais e sintomas sugestivos da Síndrome Mão-Pé-Boca.

**Relato de experiência:** BS, feminino, 1 ano e 5 meses, pesando 11,450 gramas, comprimento de 81,5 centímetros, foi levada pela mãe para atendimento médico na Unidade de Saúde da Família do bairro Vale Verde, em Volta Redonda –RJ, apresentando quadro de diarreia pastosa fétida, há 06 dias, e lesões pústulo-vesiculosas com halo hiperemiado em nádegas, pés, mãos e boca, há 4 dias. Nega febre. Ao exame, lactente apresentava-se prostrada, irritada, afebril, corada, hidratada, acianótica, anictérica, sem alterações nos demais sistemas, caracterizando diagnóstico sindrômico da doença pé-mão-boca. Prescreveu-se, empiricamente, Hexamedine creme para aplicar nas lesões pústulo-vesiculosas da boca, até seu desaparecimento completo e orientou-se no que se refere à alimentação, dando preferência aos alimentos gelados, com cuidados na higiene. A lactente retornou após seis dias com melhora do quadro e regressão das lesões, confirmando diagnóstico.

**Conclusão:** Embora a maioria das infecções pelo vírus Coxsackie seja assintomática, podem ser graves, especialmente em neonatos e crianças menores que cinco anos, com acometimento do sistema nervoso central e dos músculos, causando complicações como meningite asséptica, encefalite, miocardite, miosite e, até mesmo, rabdomiólise. Neste relato, a paciente teve diagnóstico clínico e tratamento precoce, não evoluído para as complicações possíveis devido à idade. A SMPB é frequente, o que torna importante o conhecimento sobre o tema pela comunidade médica, a fim de prevenção das possíveis complicações e acompanhamento clínico precoce.

**Palavras-chave:** Síndrome mão-pé-boca; enterovírus coxsackie A ou B; doença eruptiva.

## REFERÊNCIAS

CRISTOVAM, M. A. S. *et al.* Síndrome mão-pé-boca: relato de caso. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 42-45, jan./mar. 2014.

DANTAS, A.; OLIVEIRA, M. J.; LOURENÇO, O.; COELHO, P. B. Doença mão-pé-boca no adulto - a propósito de um caso clínico. **Rev. Port. Med. Geral Fam.**, Lisboa, v. 29, n. 1, jan. 2013. [Internet]. Disponível em:



<[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S2182-51732013000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S2182-51732013000100008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 set. 2014

VAISBICH, M. H.; TOZZE, R.; BALDACCI, E. R. Miosite e rabdomiólise na doença mão-pé-boca na infância. **Rev. Paul. Pediatría**, São Paulo, v. 28, n. 1, Mar. 2010. [Internet]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822010000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822010000100017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 set. 2014

## RELATO DE CASO: ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

*Fernada Brasil; José Francisco Leão; Pedro Camarinha Franco de Menezes;  
Roberto Barboza Gauer.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O acidente vascular encefálico se caracteriza pela instalação de um déficit neurológico focal repentino e não convulsivo determinado por uma lesão cerebral secundária a um mecanismo vascular e não traumático com início abrupto que provoca danos neurológicos. A perda de tempo na abordagem desses pacientes significa uma pior evolução. Este trabalho apresenta um relato de caso assim como uma revisão bibliográfica sobre a doença.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de AVE e apresentar uma breve revisão da literatura.

**Relato de Experiência:** T.N.F.S., feminino, 63 anos, deu entrada no PS da SCMBM, no dia 23/03/15, com quadro de tonteira e perda da força do lado esquerdo do corpo de início súbito. Hipertensa em tratamento com Losartana 50mg VO de 12/12 horas e AVE isquêmico há dois anos, em uso de AAS 100mg VO, no almoço e Nimodipino 30mg VO, de 8/8horas. Nega tabagismo e perda de consciência. No exame físico, apresentou-se lúcida e orientada, em bom estado geral, corada, hidratada, eupneica, acianótica, anictérica. PA: 130x70mmHg. FC:160bpm, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, murmúrio vesicular, universalmente audível, sem ruídos adventícios. Sem desvio de comissura, pupilas foto reagentes e hemiplegia à esquerda. NIH = 8. Na madrugada do dia 25/03/15, apresentou dor precordial, com irradiação para as costas e MSE, falta de ar, sudoreica, PA: 80x40mmHg, FC 177 e Sat O2 99% . O plantonista solicitou ECG seriados que mostravam taquicardia sinusal e um deles com fibrilação atrial, gasometria arterial normal e marcadores de necrose miocárdica normais. Exames laboratoriais: Hb = 13,1; Ht = 40,2; Leuco = 9.300; PlaQ = 326.000; CK-MB = 10; Troponina negativa; K=5,4; CPK = 48; Ur = 30; Cr = 0,7; Na = 139; Glicose = 113; VHS = 10; TAP = 85,4; TTPA = 37; Ecocardiograma: Fração de ejeção = 83%; Aumento de AE; Função diastólica do VE prejudicada devido à valvopatia; Dupla lesão mitral com estenose moderada e insuficiência leve. IT leve com PSAP estimada em 27 mmHg. Doppler de carótidas: Duplex scan de carótidas

dentro dos limites da normalidade. A principal suspeita etiológica é a Fibrilação Atrial, que é a principal causa de AVE cardioembólico. A anamnese mostra história súbita, presença de fatores de risco e correto exame neurológico que foram essenciais para o pronto estabelecimento do diagnóstico. Para confirmação, foi solicitada tomografia computadorizada, principalmente para excluir um quadro de AVE hemorrágico, mas também outras causas, como tumores e trauma crânio-encefálico. Após a estabilização clínica da paciente, foi feita a investigação etiológica através da solicitação de exames como a curva glicêmica, ECG, Ecocardiograma e o Ecodoppler de carótidas, mas além destes, também é indicado solicitar o lipidograma, o colesterol total e frações, os triglicerídeos, o Ecodoppler colorido de vertebrais, Doppler transcraniano e Angio RMN de crânio e pescoço. O tratamento envolve a remoção do trombo para que o fluxo sanguíneo seja reestabelecido e visa limitar a progressão da lesão, promover neuroproteção e prevenir a recorrência. Isso pode ser feito por meio de cateteres ou trombólise química. É ideal iniciar o tratamento em até 4 horas após o início dos sintomas, podendo assim reduzir o dano cerebral. A avaliação clínica neurológica deve ser feita por neurologista habilitado, e procurar, fundamentalmente, confirmar a suspeita, conferir os critérios para o uso de trombolítico e obter parâmetros para acompanhamento evolutivo do paciente. No caso descrito, devido à ausência de um neurologista de plantão, para uma avaliação imediata, não foi possível realizar a trombólise, ficando o tratamento restrito ao AAS e à fisioterapia.

**Resultados:** Alta hospitalar em 07/04/15. Paciente lúcida e orientada, verbalizando, com melhora do estado geral, corada, hidratada, eupneica, acianótica, anictérica. PA: 140x90mmHg FC: 60bpm ACV: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, AR: Murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios, Sat O2 98%, abdome flácido, peristalse presente, indolor à palpação, MMII sem edema e panturrilhas livres. Melhora da hemiplegia à esquerda.

**Conclusão:** O atendimento ao paciente com AVC ainda constitui um desafio, pois o cuidado ideal com esse paciente é caro e demanda a realização de exames de alto custo para confirmação do diagnóstico, etiologia, planejamento terapêutico, podendo requerer internação em UTI, além da necessidade de equipe de reabilitação desde as fases mais precoces. O melhor tratamento é a prevenção. Detecção e controle



dos fatores de risco são tarefas prioritárias, pois permitem redução da incidência e recidiva e, quanto mais rápido se dá o tratamento, menores são suas sequelas.

**Palavras-chaves:** Acidente vascular encefálico; isquemia, tomografia computadorizada.

## REFERÊNCIAS

BRAGA, J. L.; ALVARENGA, R. M. P.; MORAES NETO, J. B. M. Acidente vascular cerebral. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=2245&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2245&fase=imprime)>. Acesso em: 06 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rotinas\\_para\\_atencao\\_avc.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2015.

CABRAL, N. L. et al. Fibrilação Atrial Crônica, AVC e Anticoagulação: Sub-uso de warfarina?. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, Joinville, v. 4, n. 62, p. 1016-1021, 01 jul. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n4/a16v62n4.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

GAGLIARDI, R. J.; RAFFIN, C. N.; FÁBIO, S. R. C. **Projeto Diretrizes**: Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral. 2001. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/010.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/010.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2015.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil**: tratado de medicina interna. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

OTERO, Rosalia Mendez et al. Terapia Celular no Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Hemoterapia e Hematologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 31, p. 99-103, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31s1/aop3009.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.



## COMA ALCOÓLICO: UMA ABORDAGEM BIOQUÍMICA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

*Tássio Huguenin; Marise Ramos de Souza Oliveira*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Atualmente o uso abusivo de álcool tornou-se um dos comportamentos de risco em muitos estados brasileiros. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas deve ser associado a comportamentos de risco e antissociais, motivo pelo qual deve ser considerado um problema de saúde pública.

**Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo correlacionar o ensino do eixo básico do curso de medicina com a fisiopatologia do coma alcoólico. Além disso, frisar no meio acadêmico a importância do ensino de Bioquímica como cadeira básica para o ensino médico.

**Metodologia:** Foram utilizados artigos dos bancos de dados Scielo e Pubmed, além de livros disponibilizados na biblioteca do Centro Universitário de Volta Redonda.

**Discussão:** O etanol é o principal álcool utilizado na composição de bebidas alcoólicas comercialmente encontradas. Esse composto é um líquido volátil, incolor e difusível em água e lipídios. É rapidamente absorvido no estômago e no intestino, caindo na corrente sanguínea em pouco tempo. Uma pequena parte desse líquido volátil é excretada pelos rins e pulmões, e grande parte metabolizada no fígado. O álcool tem ação no sistema nervoso central (SNC), trato gastrointestinal (TGI), fígado e rins. No SNC, o álcool é um importante depressor, pois reduz os impulsos nervosos, o que causa sonolência e desatenção. No início da sua ação, deprime os neurônios dopaminérgicos do sistema límbico, que é o sistema responsável pelas nossas emoções e sentimentos, logo a ação do álcool em neurônios deprimidos causa a sensação de euforia. Após um maior consumo de álcool, essa substância acaba por atingir outras áreas do cérebro, levando a uma depressão total do sistema nervoso central. Além disso, as moléculas de etanol conseguem passar livremente pelas membranas celulares por terem um caráter químico capaz de se difundir pelos lipídios. Algumas moléculas de álcool são capazes de permanecer no meio da bicamada lipídica. Isso acarreta em uma mudança na fluidez e na carga dessa membrana, o que altera os potenciais de ação em células excitáveis, o que pode





levar o paciente a um quadro de coma. Concomitante a esse fenômeno, a metabolização no fígado acarreta em um aumento nos níveis de NADH, o que ocupa essas moléculas, não permitindo a formação de energia e de glicose a partir do lactato. Esses distúrbios bioquímicos levam a um quadro de hipoglicemia que contribui para uma maior depressão do SNC, uma vez que o cérebro é um tecido que tem glicose como o principal combustível biológico para o seu metabolismo. A hipoglicemia associada a uma queda no metabolismo energético favorece o quadro de coma.

**Conclusão:** Fica claro, portanto, a importância do ensino de bioquímica no ciclo básico, pois a formação de doenças no nosso organismo leva a um desequilíbrio em nível bioquímico, nos mais diversos níveis celulares. O ciclo básico no ensino de medicina compreende uma faixa necessária para o entendimento dos temas recorrentes na prática clínica.

**Palavras-chave:** Medicina; educação médica; bioquímica.

## REFERÊNCIAS

ANTHONY, J. C. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C. **Álcool e suas consequências:** uma abordagem multiconceitual. 1. ed. São Paulo: Minha Editora, 2009. Cap.1, p. 1-36.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C. M. Dependência do álcool, aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C. **Álcool e suas consequências:** uma abordagem multiconceitual. 1. ed. São Paulo: Minha Editora, 2009. Cap. 3, p. 67-87.

MARTINS, F. **Mecanismos de ação do álcool.** Brasília. Disponível em: <<http://neuromed91.blogspot.com.br/2010/07/mecanismos-de-acao-do-alcool.html>>. Acesso em: 14 fev. 2011.



## DOENÇAS RENAIS POLICÍSTICAS: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

*Cândida Aline de Oliveira Ribeiro; Fernanda Pompeu; Joice de Carvalho Paes; Thais Bressan Batista Rodriguez; Luciano Rodrigues Costa; Geraldo Assis Cardoso.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** As doenças renais constituem um grupo de patologia que podem levar o indivíduo a ter complicações sistêmicas graves e vir a óbito, se não tratado adequadamente. Dentre as doenças renais, têm ganhado grande importância às doenças renais policísticas (DRP), sobretudo as hereditárias: a Doença Renal Policística Autossômica Dominante (DRPAD) e a Doença Renal Policística Autossômica Recessiva (DRPAR).

**Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 51 anos, natural de Volta Redonda, admitido no Hospital Municipal Dr. Munir Rafful com quadro de anúria e lombalgia. Na admissão, apresentava-se em regular estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações, abdome peristáltico, flácido; aparelho geniturinário: anúrico; sistema nervoso: Glasgow: 15/15. Possui história familiar de pai falecido por problemas renais, irmãos com rins policísticos. É tabagista de longa data e nega etilismo. Foi solicitada a internação do paciente no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), pois apresentava um quadro de nefropatia, tendo recebido alta hospitalar, há um dia (17/01/14), retornando com queixa de lombalgia, enjoo e anúria, há 24h. Hemoglobina: 8,7; leucócito: 11.400, creatinina: 4,6; Ultrassonografia Abdominal: Rins policísticos. Parecer da nefrologista, confirmando quadro de IRC. Paciente evoluiu com esforço respiratório importante e acidose metabólica; levado a emergência, onde foi realizado Intubação Oro traqueal (IOT) e acoplaram Ventilação Mecânica (VM). Após o diagnóstico de Edema Agudo de Pulmão (EAP) hipertensivo, foi admitido na UTI, intubado, sedado, com sonda vesical de demora (SVD), sem qualquer vestígio urinário, ureia=80 e creatinina = 4,6 e, por apresentar um quadro de EAP hipertensivo + anúria 24h (IRC). Nos dias em que foram realizadas as hemodiálises, o paciente apresentava-se febril, sendo avaliado regularmente pela nefrologia; realizados exames



laboratoriais a cada dois dias, até estar apto para diálise ambulatorial, estando internado somente para esperar a sua vaga.

**Discussão:** Em relação à idade em que esses pacientes desenvolvem falência renal, verifica-se que, na DRP, isso ocorre mais tarde, quando comparada à idade média de ocorrência de falência renal nas outras causas. Em relação à distribuição por sexo, verifica-se que 39,37% dos pacientes em diálise são do sexo feminino e 60,63%, do sexo masculino. Entre os pacientes em diálise devido à doença renal policística, 42,65% são do sexo feminino. Verifica-se que 5,7% das mulheres e 5,0% dos homens em falência renal têm como etiologia a DRP. O diagnóstico de DRPAD é feito, principalmente, através de exames como ultrassom abdominal, ressonância magnética e tomografia computadorizada. Entretanto, nos casos de transplantes renais em que o doador é familiar do paciente em estágio final de doença renal secundário a DRPAD, deve-se proceder, muitas vezes, a exames de DNA. Até o momento não existe tratamento específico para a doença renal policística. Faz-se o tratamento sintomático dos pacientes com analgésicos para dor, antibióticos para infecção cística, controle da pressão arterial e evitando-se ou controlando fatores de risco diversos, como hiperlipidemia, tabagismo, sobrepeso, diabetes, cafeína e estrógeno.

**Conclusão:** No presente relato, podemos concluir que, a doença renal policística é uma desordem genética de caráter autossômica dominante, caracterizada por progressivo desenvolvimento e crescimentos de cistos renais, que culminam na falência renal. Uma minoria dos pacientes apresentará sintomas precoces, como infecções do trato urinário (ITUs), hematúria ou dor abdominal, entretanto a maioria das DRPAD são assintomáticas.

**Palavras-chave:** Doença Renal Policística; insuficiência renal crônica; adulto.

## REFERÊNCIAS

MALHEIROS, G. O. M. Doença Renal Policística, uma revisão de literatura. Disponível em:  
<[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/8031/1/Gabriel%20de%20Oliveira%20Meira%20Malheiros%20\(2012.1\).pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/8031/1/Gabriel%20de%20Oliveira%20Meira%20Malheiros%20(2012.1).pdf)> Acesso em: 13 jun. 2014.

RIBEIRO, R. C. H. M., et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. **Acta Paul Enferm**, v.



21, p. 207-211, 2008. Disponível em: Revista sociedade Paulista de Nefrologia. Ano X, agosto.

RIELLA, M. C. Doença Renal Policística. Disponível em: <[http://www.pro-renal.org.br/renal\\_035.php](http://www.pro-renal.org.br/renal_035.php)>. Acesso em: 13 jun. 2014.

SESSO, R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção. **Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo**. cve. saude. sp. gov. Disponível em: [br/doc\\_tec/cronicas/irc\\_prevprof.pdf](http://br/doc_tec/cronicas/irc_prevprof.pdf)>. Acesso em 11 jun. 2014.



## FATORES PERINATAIS ASSOCIADOS À REANIMAÇÃO NEONATAL DE RECÉM-NASCIDOS (RN) QUE SEGUEM PARA ALOJAMENTO CONJUNTO

*Thais Cristine Oliveira Alves; Nathalia Lambert de Andrade Lopes;  
Rafael Moreira Hayashi; Cristiane Guidoreni Gorgati.*

UNIFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Asfixia neonatal é uma injúria sofrida pelo RN devido à má oxigenação e/ou má perfusão dos órgãos. O diagnóstico, segundo a Academia Americana de Pediatria, é dado pelos seguintes fatores: acidose metabólica ou mista profunda ( $\text{pH} < 7$ ) em sangue arterial de cordão umbilical; escore de Apgar 0 a 3 por mais de 5 minutos; manifestações neurológicas neonatais; disfunção orgânica multissistêmica (ZACONETA, 2004). Na literatura utilizada, a necessidade de procedimentos de reanimação se relaciona à idade gestacional, peso ao nascer e pós-parto cesárea, entre 37 e 39 semanas de gestação. (ZACONETA, 2004; ALMEIDA & GUINSBURG, 2013). Desde que foi lançada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1991, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) contava, em 2008, com mais de 20 mil hospitais credenciados em mais de 156 países. O intuito da iniciativa é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no âmbito hospitalar. O Brasil foi um dos primeiros países a implantar a IHAC. Inicialmente foi chamado de Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, em 1998 (LAMOUNIER et al., 2008). O Ministério da Saúde, através da portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, redefine que, além dos objetivos definidos pela OMS, os participantes da IHAC devem assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, parto instrumental ou cesariana, a menos que sejam necessários, em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher (MS, 2014).

**Objetivo:** Avaliar a presença de fatores perinatais associados à necessidade de reanimação neonatal em RNs que seguem para alojamento conjunto no Hospital Municipal São João Batista (HSJB) em Volta Redonda-RJ, num período de três meses.



**Métodos:** Realizou-se uma análise de prontuários da sala de parto de julho a setembro de 2014. Coletamos dados sobre idade materna, histórico obstétrico, quantidade de consultas pré-natais, necessidade de manobras de reanimação, tipo de parto, tamanho para idade gestacional e peso ao nascer. Os dados foram analisados com o auxílio do software Excel 2013 e, para análise da significância estatística, foi utilizado o software StatView 5.0, considerando  $p \leq 0,05$  pelo teste qui-quadrado.

**Resultados:** A média de idade materna foi de  $25,9 \pm 6,9$  anos; de consultas pré-natais, foi de  $8 \pm 3,3$  consultas; de peso de RNs, foi de  $3307,3 \pm 505,7g$ , variando entre 2010,0g e 4995,0g. Foram 44,9% de partos espontâneos e 55,1% de cesarianas, sendo que 29,8% necessitaram de reanimação. Em relação à frequência de reanimações analisadas: em mães <18 anos (8,33%), foi menor que nos demais grupos ( $p < 0,01$ ); em partos espontâneos, foi menor que em cesáreos ( $p < 0,01$ ); em macrossômicos, foi maior que os demais grupos ( $p < 0,01$ ); não houve diferença entre as realizadas no grupo de mães com <6 consultas pré-natal e >6 ( $p = 0,70$ ).

**Conclusão:** Concluimos que os dados analisados por este trabalho são importantes para traçar o perfil da unidade estudada, e estes devem ser interpretados levando em consideração que somente foram avaliados os RNs encaminhados ao alojamento conjunto. Podemos afirmar que, embora o HSJB seja credenciado nacionalmente como um Hospital Amigo da Criança desde 2002, os esforços dispensados para redução do número de partos cesarianos não têm sido suficientes e encontra-se muito acima da recomendação da OMS de manutenção da taxa de cesarianas em 15%, apesar de ir ao encontro com a média nacional. Observamos, ainda, que, nos partos cesáreos, houve maior taxa de reanimação em relação aos espontâneos, porém não foram avaliadas as indicações para o parto cesariano, não permitindo determinar se foi causa ou consequência de complicações perinatais.

**Palavras-chave:** Perinatal; alojamento conjunto; reanimação neonatal.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. B., GUINSBURG, R.. Reanimação neonatal em sala de parto. **Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2013. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>>. Acesso: 10 nov. 2014.



BRASIL. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

DataSUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. SINASC. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

LAMOUNIER, J. A. et al.. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, n. 2, p. 161-169, 2008.

ZACONETA, C. A. M. Asfixia perinatal. **Assistência ao recém-nascido de risco**. 2. ed. Americana (SP): Pórtico Editora, 2004.



## APENDAGITE EPIPLÓICA: ASPECTOS CLÍNICOS E IMPORTANCIA DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA DIAGNÓSTICO

*Thaís Faria Tannure; Júlio César de Faria Arieira.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda

**Introdução:** Apendagite Epiplóica (AE) consiste em uma condição clínica autolimitada, rara e de caráter benigno. O paciente com AE costuma relatar dor abdominal localizada no quadrante inferior esquerdo (QIE). Devido aos achados clínicos e laboratoriais pouco expressivos, o diagnóstico baseia-se, principalmente, por exames complementares, sendo a tomografia computadorizada (TC) o de maior eficácia. Como consiste em uma afecção autolimitada, o tratamento é conservador. Em geral, recomenda-se o uso de anti-inflamatórios e analgésicos para a diminuição do sintoma.

**Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo dissertar sobre os aspectos clínicos clássicos e exames complementares de maior indicação no caso de Apendagite Epiplóica.

**Relato de experiência:** Paciente A.A.N., sexo masculino, 45 anos, casado, eletricitista, chegou a Hospital Samer, em Resende- RJ, referindo dor abdominal localizada no quadrante inferior esquerdo, por 24h, sem presença de vômitos ou febre. Nega diabetes, hipertensão, cirurgias anteriores e história de doença familiar importante; possui pais ainda vivos. Etilismo social e sedentarismo há 10 anos. IMC 28.5 e circunferência abdominal de 107 cm. Constipação intestinal há dois dias. Os dados qualificando a dor do paciente não foram colhidos na anamnese. Ao ser realizado exame físico, notou-se um paciente acianótico, anictérico, hidratado e bem orientado; pressão arterial sistólica 130 mmHg e diastólica 60 mmHg; ausculta cardíaca normal com ritmo cardíaco em 2T sem sopros e EESS; frequência cardíaca e respiratória dentro dos parâmetros aceitos; ao exame do abdome, foi possível identificar região flácida, com dor à palpação do QIE e sem sinais de irritação peritoneal. Foi submetido a exames laboratoriais para o auxílio diagnóstico. Apesar do sobrepeso, não foram encontrados valores alterados no hemograma. Apresentaram-se os seguintes valores: Hb: 13 g/dL; leucócitos 9.500 mm<sup>3</sup>; Na<sup>+</sup> 140mEq/L; K<sup>+</sup> 4 mEq/L; uréia 30 mg/dL; creatinina 1,4 mg/dL; triglicerídeos 130

mg/dL. Inicialmente, o paciente em questão foi submetido à ultrassonografia simples de abdome, a qual não indicou alterações significativas com ausência de líquido livre na cavidade. Em seguida, foi exposto ao exame de tomografia computadorizada que exibiu como resultado pequena formação arredondada hipodensa adjacente à serosa do cólon descendente, medindo cerca de 2,3 cm de diâmetro axial máximo, associada à discreta densificação da gordura mesentérica nessa topografia, aspecto de imagem compatível com apendagite epiploica. Ao analisar a TC, foi possível fazer o diagnóstico de Apendagite Eplípica. Assim, foi recomendado o uso de Nimesulida 100mg 12/12h VO, por cinco dias, como conduta adotada pelo médico responsável. Houve melhora dos sintomas com o uso da medicação indicada.

**Resultados:** Os apêndices epiplícos são estruturas que estão dispostas às margens à superfície do cólon e tem tamanhos variados. Sua composição é de tecido gorduroso, revestido por uma capa serosa e, mais externamente, por gordura peritoneal, com arteríola e vênula central. A afecção resulta de um enfarte do apêndice epiplíco, por torção ou trombose espontânea de sua veia central de drenagem, que pode evoluir para necrose e irritação focal do peritônio. Os locais de maior ocorrência são áreas adjacentes ao cólon sigmoide, transição do cólon descendente/sigmoide e hemicólon direito. Habitualmente, o paciente que desenvolve o quadro de AE refere dor abdominal localizada, sem padrão migratório que pode ser ampliada à realização de esforços. Como já mencionado, AE possui sintomatologia pouco expressiva. Assim, o diagnóstico é feito, basicamente, por tomografia computadorizada. Há um método em ascensão, utilizado no caso em questão, conhecido como tomografia computadorizada de múltiplos detectores (TCMD). Tal método possibilita estabelecer não apenas o diagnóstico, como também inferir qual o vaso acometido. O tratamento da AE é essencialmente sintomático. Recomenda-se o uso de analgésicos e anti-inflamatórios por via oral, sem necessidade de intervenção cirúrgica, se a melhora é observada a partir do uso da medicação.

**Conclusão:** O presente caso constitui na apresentação de um quadro clássico de apendagite, identificado através de TC. É importante ressaltar que os dados da anamnese não foram colhidos adequadamente no momento da admissão do paciente, porém, possuem grande importância no processo eliminatório de algumas afecções da rotina de abdome agudo. É importante ressaltar também que, nesses



casos, apesar de uma pesquisa criteriosa sobre os relatos do paciente, a presença da Apendagite Epiplóica pode ser afirmada somente através de exames radiológicos, em especial, pela tomografia computadorizada, padrão ouro no diagnóstico.

**Palavras-chave:** Apendagite epiplóica; diagnóstico; tomografia computadorizada.

## REFERÊNCIAS

PIGNATON, G. et al. Apendagite Epiplóica: Tratamento Conservador. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 28, n. 3, jul/set., 2008.

PIGNATON, G. F. et al. Apendagite epiplóica: aspectos clínicos e radiológicos. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 45, n. 3, apr/jun, 2008.

RAMALHO, M.; MATOS, A. P.; HERÉDIA, V. Apendagite Epiplóica: Um Diagnóstico Frequentemente Esquecido. **Revista Científica da Ordem dos Médicos**, v. 28, n. 3, p. 476, jul/ago, 2013.

SINGH, A. K., et al. Acute Epiploic Appendagitis and Its Mimics. **RadioGraphics**, v. 25, n. 6, p. 1521-1534, 2005.

VIANA, P. C. C; ISHIKAWA, W. Y; MENEZES, M. R. Qual o seu diagnóstico? **Revista Radiologia Brasileira**, v. 38, n. 1, jan/fev, 2005.



## ANÁLISE ANTROPOMÉTRICA EM CRIANÇAS ENTRE 4 E 5 ANOS DE IDADE E PROPOSTAS DE ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS

*Thamara F. Assis; Elis Schafranski; Islaine B. Magalhães; Nathalia L. A. Lopes;  
Roberta N. P. Rosa; Ricardo Barbosa Pinheiro; Luciano Rodrigues Costa.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

Centro Municipal de Educação Infantil Recanto Infantil, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** O ganho ponderal e o crescimento são indicadores clínicos importantes do estado de saúde das crianças e do desenvolvimento do país, sendo influenciado por fatores familiares, sociais e econômicos. Desordem, nesses fatores, leva ao surgimento de transtornos nutricionais, dentre eles, a baixa e a alta estatura, o sobrepeso e a obesidade e a desnutrição. A anamnese e a observação dos valores antropométricos são os instrumentos importantes na avaliação diagnóstica, pois possibilita a detecção precoce de desvios. Muitas são as complicações provindas das desordens alimentares na infância, fato que contribuiu para o surgimento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAE), que formula os requisitos básicos para a promoção e a proteção à saúde, atestando o compromisso do Ministério da Saúde em controlar os males relacionados à alimentação e nutrição já configurados no Brasil, baseados nos princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade e integralidade.

**Objetivo:** Realizar um estudo epidemiológico do percentil de crianças entre 4 e 5 anos de idade, no Centro Municipal de Educação Infantil Recanto Infantil, do bairro Retiro, em Volta Redonda, a fim de demonstrar o perfil biofísico das crianças e de propor medidas que previnam desordens desse perfil.

**Metodologia:** Esse estudo caracterizou-se como transversal quantitativo e qualitativo, não se restringindo unicamente em expor e explicar o acontecido, mas, tendo em vista a realidade, sugerir estratégias que contribuam para a sua adequação. Na primeira fase, selecionou-se, aleatoriamente, 50 pré-escolares do Centro Municipal de Educação Infantil Recanto Infantil, do bairro Retiro, em Volta Redonda, entre 4 e 5 anos de idade, sendo 11 meninos com 4 anos, 18 meninos com 5 anos, 12 meninas com 4 anos e 9 meninas com 5 anos. Em seguida foi realizada a medida do peso e da altura dessas crianças. Esses dados foram

colocados no gráfico de percentil para formular o perfil biofísico. Por fim, foram elaboradas hipóteses capazes de modificar possíveis distúrbios nesse perfil e de prevenir seu aparecimento.

**Resultados:** Dentre os meninos, 03 apresentam padrões de estatura acima do esperado; 02 se encontram abaixo do esperado para a idade; 07 se encontram na zona do percentil 90. Com relação ao peso, 05 se encontram na faixa de sobrepeso/obesidade e apenas 01 na faixa de baixo ganho ponderal. Dentre as meninas, nenhuma se encontra acima ou abaixo dos padrões de estatura esperado; 03 se encontram na zona do percentil 90. Com relação ao peso, apenas 01 se encontra na faixa de obesidade e nenhuma se encontra na faixa de desnutrição.

**Discussão:** A maioria das crianças encontra-se na faixa de peso e estatura normais, devendo, nesse caso, receber orientação para a manutenção da alimentação adequada e o incentivo à prática de atividades físicas. As crianças que se encontram abaixo ou acima da faixa de estatura esperada para a idade devem ser acompanhadas, analisando-se o crescimento, investigando-se as causas, com orientação aos familiares. As crianças que se encontram abaixo do peso esperado ou na faixa do sobrepeso ou com obesidade devem ser acompanhadas por uma equipe multidisciplinar. Os responsáveis devem ser orientados quanto a uma alimentação balanceada, de acordo com o distúrbio apresentado, e a prática de atividades físicas. Para o acompanhamento da alimentação da criança, propomos a Tabela de Acompanhamento Alimentar. Ela apresenta uma coluna para que os responsáveis anotem tudo que a criança comer no decorrer do dia, os horários e as porções; e outra coluna, o que seria adequado para ingerir. Dessa forma, os responsáveis estariam cientes do que é correto fornecer ao menor, e os profissionais de saúde teriam a possibilidade de saber ao certo qual a alimentação consumida, facilitando a intervenção.

**Conclusão:** É possível constatar que as meninas obtiveram um padrão de perfil biofísico mais adequado com relação à idade, peso e altura, quando comparados aos dos meninos. Uma hipótese para isso é a pressão que sofrem com o estereótipo de magreza demonstrado pela mídia, enquanto os meninos são estimulados a se alimentarem mais para serem “fortes”. A idade pré-escolar e escolar são etapas muito importantes no desenvolvimento da criança, sendo fundamental que não ocorram carências e desequilíbrios. Essa adequação nutricional dentro da escola é



garantida pela MP 2.178 e pelo PNAE, entretanto muitas vezes essa verba é desviada. Sabe-se que muitas doenças crônicas são originadas ainda na infância e, por isso, é de suma importância que os profissionais de saúde orientem os pais a sempre acompanharem o dia a dia alimentar de seus filhos, conjugando a alimentação em casa com a da escola, para que não haja um desequilíbrio energético e nutricional.

**Palavras-chave:** Transtornos alimentares; pré-escolares; PNAE; avaliação antropométrica.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Cad. de atenção Básica nº 11.** [Internet] 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2014.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA - PORTAL DA SAÚDE, 2012. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAE). [Internet] Acesso em 30 ago. 2014. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/acoes\\_estrategicas\\_pnan.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/acoes_estrategicas_pnan.php)>. Acesso em: 28 ago. 2014.

GUSSO, G; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** princípios, formação e prática. Problemas de Crescimento e Ganho de peso. Cap. 97 Porto Alegre: Artmed, 2012.

OLIVEIRA, F. C. C. et. al. Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. Epidemiologia e Serviço de Saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil.** v. 20, n. 1, jan/mar 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev\\_epi\\_vol20\\_n1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol20_n1.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2014.





## INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA DESCOMPENSADA, MANEJO E PROGNÓSTICO: RELATO DE CASO.

*Mariana Mansour; Thamiris Azevedo; Vinicius Silva;  
Nathalia Freitas; Allexia Soares; Bianca Silva.*

Unifoa - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A insuficiência cardíaca congestiva descompensada é a condição na qual o coração é incapaz de bombear sangue suficiente para suprir a demanda tecidual orgânica, ou consegue fazê-lo apenas por meio de aumento da pressão de enchimento. As principais causas dessa patologia estão diretamente relacionadas à hipertensão arterial sistêmica e à doença isquêmica do miocárdio.

**Objetivos:** Relatar e discutir o caso clínico da paciente M.R.M., 72 anos, com quadro agudo de descompensação da doença, apresentando como consequência edema agudo de pulmão e hipertensão na artéria pulmonar.

**Relato da experiência:** Relato de caso de M.R.M., 72 anos, natural de Minas Gerais, portadora de insuficiência cardíaca e hipertensão arterial sistêmica. Com história de múltiplas internações por descompensação da doença de base. Admitida na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, em 05 de março de 2015, com queixa de “cansaço”, “falta de ar” e “inchaço”. Nega febre, trauma e alergias. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, dispneica em repouso, ausculta pulmonar com estertores crepitantes bibasais, edema em membros inferiores três cruzes em quatro, ausculta cardíaca com ritmo cardíaco irregular em três tempos (B3) devido à fibrilação atrial, turgência jugular a 45°, presença de hepatomegalia com refluxo hepatojugular + e pressão arterial de 160x90. Solicitados exames laboratoriais, rx de tórax com aumento da área cardíaca e redistribuição vascular pulmonar, com linhas B de Keley e derrame pleural (bilateral). Eletrocardiograma em fibrilação atrial. Ecocardiograma com Doppler colorido, apresentando fração de ejeção de 29%, aumento das 4 câmaras cardíacas, disfunção sistólica grave do ventrículo esquerdo, com hipocinesia difusa e movimento assincrônico do SIV, IM leve, IT moderada com PSAP 70mmHg (hipertensão arterial pulmonar grave). Cineangiocoronariografia + cateterismo



cardíaco esquerdo, isento de lesões ateromatosas significativas. Ventriculografia esquerda com hipocinesia difusa importante.

**Resultados:** Mediante a clínica apresentada e exames complementares, foi fechado o diagnóstico de um quadro de descompensação da insuficiência cardíaca, classificada em Estágio C e classe funcional de NYHA III. Iniciadas medidas de controle para estabilização do quadro com Furosemida 40mg, 8 em 8 horas; Espironolactona 25mg, 1 vez ao dia; Carvedilol 25mg ;12 em 12 horas; Losartana 50mg, de 12 em 12 horas; AAS 200mg, após o almoço; Clexane 40mg, 1 vez ao dia; e Sinvastatina 40mg, à noite. Paciente respondeu de forma satisfatória ao tratamento com crise compensada.

**Conclusão:** Dentre os principais fatores precipitantes de descompensação aguda, podemos citar o aumento do aporte de sódio, crise hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, arritmias agudas, infecção ou febre. A crise de uma ICC descompensada pode ser confundida com quadros de bronquite crônica, enfisema e asma, sendo estes, diagnósticos diferenciais para o caso. Basicamente, o exame confirmatório de um quadro de ICC descompensada é o peptídeo natriurético cerebral (BNP) que diferencia as causas de dispneia entre pulmonar (BNP normal) e cardíacas (>100pg por ml na IC). Paciente recebeu avaliação do cirurgião desse hospital que sugeriu alto risco em evoluir com arritmias complexas, sendo assim, a indicação de marcapasso com cardio-desfibrilador implantável. Encontra-se matriculada no Sistema de Regulação da prefeitura de Barra Mansa, aguardando implante.

**Palavras-chave:** Insuficiência cardíaca congestiva; edema pulmonar; HAP.

## REFERÊNCIAS

HARRISON, T. R; LONGO, Dan L (Org.). **Medicina interna de Harrison**. LONGO, Dan L. (Org.). 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

I Diretriz Latino-Americana para Avaliação e Conduta na Insuficiência Cardíaca Descompensada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, s. III, setembro 2005.



## OSTEOMIELOTE VERTEBRAL, INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E MANEJO CLÍNICO: RELATO DE CASO

*Vinicius Silva; Nathalia Freitas; Mariana Mansour; Thamiris Azevedo;  
Alexia Soares; Bianca Silva.*

Unifoa – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A Osteomielite se refere à infecção do tecido ósseo, sendo chamada de espondilodiscite, quando se trata do processo infeccioso no disco vertebral e dos corpos vertebrais adjacentes. O início das manifestações clínicas pode ser abrupto ou tardio, dependendo da agressividade do microrganismo, da resposta imunológica e da idade do paciente.

**Objetivos:** Relatar e discutir o caso clínico da paciente A.M.S.R., 37 anos, com quadro clínico de dor em coluna torácica, sendo firmado o diagnóstico de osteomielite vertebral.

**Relato da experiência:** A.M.S.R., masculino, 37 anos, natural de Volta Redonda, portador de doença de Crohn, em tratamento com imunossupressor, e psoríase. Admitido na Santa Casa de Misericórdia de BM, em 08/03/15, com queixa de “dor nas costas”, há 02 meses e piora expressiva do quadro álgico, nos últimos 30 dias. Nega trauma, febre ou perda ponderal. Ao exame físico, se encontrava em bom estado geral, ectoscopicamente em posição cifótica (presença de gibosidade torácica), com lesões psoriásicas, principalmente em áreas de dobras. Solicitado exames laboratoriais, que não evidenciaram alterações significativas e HLA-B27, negativo. Realizado Raios-X de coluna torácica que evidenciou lesão no disco intervertebral T6-T7, com erosões do osso subcondral de T6 e T7 e áreas de esclerose. Abscesso paravertebral, estendendo-se até o nível de T11. Compatível com espondilite tuberculosa. Solicitado RNM, cujo laudo evidenciou espondilodiscite em T6 e T7, com infiltração paravertebral e epidural e mielopatia compressiva. Mediante exames, foi solicitado parecer para neurocirurgia que contra indicou biopsia óssea por haver estreita relação com a medula e chance de disseminação da infecção por continuidade. Resultado de hemocultura colhida no momento da admissão: *Staphylococcus aureus* MRSA.



**Resultados:** Mediante exames radiológicos e laboratoriais, foi fechado o diagnóstico de espondilodiscite estafilocócica. Iniciado tratamento com Vancomicina 2 g/dia, indicado uso de colete tóraco-lombar de Putti e sessões diárias de fisioterapia motora. Paciente evoluiu de forma satisfatória, com melhora expressiva do quadro algíco. Exames laboratoriais de controle sem alterações.

**Conclusão:** Na espondilodiscite, a principal via de infecção é a hematogênica, sendo a etiologia principal a infecção por estafilococos em 40-60% dos casos, destacando-se o *Staphylococcus aureus*, por produzir a enzima coagulase. As consequências da doença podem ser desastrosas, principalmente quando se compromete a coluna espinhal. O extenso comprometimento ósseo produz instabilidade, deformidade e risco de compressão espinhal. O diagnóstico clínico é dificultado pela inespecificidade dos sintomas e pela baixa incidência que consiste em dor na coluna vertebral, de carácter inflamatório, estando associada ou não a febre. Aqui é descrita a ocorrência de uma infecção à distância na coluna vertebral, já que pela história, imagens radiológicas e evolução clínica foi possível a exclusão de fratura ou tumor, tendo então levantado as seguintes hipóteses diagnósticas: Mal de Pott, Espondilite Anquilosante, Artrite psoriática, manifestação extraintestinal da Doença de Crohn e Espondilodiscite. Com base na RNM e confirmado pela hemocultura, fechou-se o diagnóstico de um quadro infeccioso acometendo as vértebras torácicas, Espondilodiscite Estafilocócica, tendo então iniciado tratamento com antibioticoterapia guiada por cultura, com evolução satisfatória do paciente.

**Palavras-chave:** Dor; espondilodiscite; *staphylococcus aureus*.

## REFERÊNCIAS

GENTA, P. R *et al.* Bacterial Spondylodiscitis. **Med Gen Med**, v. 2, n. 1, 2000 [formerly published in *Medscape Orthopaedics & Sports Medicine e Journal* 4(1), 2000].

KAPSALAKI, E. *et al.* Spontaneous spondylodiscitis: presentation, risk factors, diagnosis, management, and outcome. **Int J Infect Dis**, v. 13, n. 5, p. 564-569, 2009.

VICENTE, L. *et al.* Espondilodiscites piogénicas. **Rev Port Doen Infec**, v. 2, p. 5-10, 2003.

[viniciusfreiresilva@gmail.com](mailto:viniciusfreiresilva@gmail.com)

## RELATO DE CASO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR INTUSSUSCEPÇÃO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL EM LACTENTE

*Aline Machado Lima; Gabriela Magalhães Cardoso Cury; Heitor Ferreira Barros;  
José Vitor Magalhães Cardoso; Tháise Teixeira Franco Novaes;  
Roberto Marcellus de Barros Sena.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O Divertículo de Meckel (DM) é a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal (2% a 4% da população), caracterizado por obliteração incompleta do ducto vitelino ou onfalomesentérico, no início da vida embrionária, resultando numa saculação na borda antimesentérica do íleo, predominante no sexo masculino. A maior parte dos indivíduos com DM permanece assintomática ao longo da vida, porém estima-se que 4 a 6% da população podem apresentar, desde um quadro de dor abdominal, até mesmo obstrução intestinal, intussuscepção ou sangramento gastrointestinal, denominadas formas complicadas.

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de intussuscepção intestinal por DM íleo-ileal em lactente e apresentar uma breve revisão da literatura.

**Relato de Experiência:** Trata-se de relato de caso de um lactente de quatro meses, masculino, que chegou ao pronto-socorro com queixa de vômitos incoercíveis e choro intenso. Ao exame, encontrava-se ativo, intercalando períodos de sonolência e irritabilidade, abdome distendido e hipertimpânico, com peritalse presente. Radiografia simples do abdome distensão difusa de delgado e cólon; leucograma foi de 13500 sem formas jovens, e o meteorismo intestinal comprometeu a realização da ecografia (USG). No segundo dia de internação, o paciente evacuou após utilização de supositório de glicerina. Como não houve melhora clínica, persistindo com importante distensão absominal, foi indicada cirurgia de urgência. O paciente fora submetido à laparotomia exploradora, que evidenciou obstrução por invaginação íleo-ileal secundária à intussuscepção por DM. Fora submetido à enterectomia segmentar com anastomose termino-terminal. O menor foi encaminhado a UTI pediátrica, onde permaneceu durante 15 dias, após o ato operatório e até a presente data, não houve complicações.

**Resultados:** Os casos de obstrução intestinal devem ser diagnosticados precisamente, pois o tratamento depende da sua etiologia. A suspeita da complicação do DM deve ser aventada, excluídas outras condições mais frequentes, apesar de a hemorragia digestiva ser a complicação mais comum na criança. O diagnóstico por imagem não é específico e habitualmente a USG e a tomografia computadorizada (TC) evidenciam alterações concernentes às complicações. O acesso cirúrgico pode ser por videolaparoscopia ou laparotomia. A vantagem na realização da videolaparoscopia exploradora é que, além de ser um método diagnóstico, é também terapêutico no tratamento do DM complicado em crianças. No caso optou-se pela realização de laparotomia. A maioria dos casos pode ser controlada com diverticulectomia simples. No presente caso, houve uma ressecção do segmento íleo-ileal da área invaginada e anastomose termino-terminal. É importante salientar que o atraso na cirurgia acarreta risco de necrose intestinal e peritonite.

**Conclusões:** A apresentação clínica do DM está, geralmente, condicionada a complicações e é comumente confundida com outras doenças. Salienta-se, portanto a importância da suspeição clínica diante de quadros abdominais agudos inespecíficos na infância, tendo em vista se tratar de uma comorbidade pouco frequente. Métodos de imagem como a USG e TC de abdome podem auxiliar no diagnóstico e o tratamento se faz por meio de abordagem cirúrgica nos casos sintomáticos. Além disso, alguns autores citam a importância da laparoscopia no manejo do DM, graças aos benefícios da cirurgia minimamente invasiva. Os casos assintomáticos devem ser julgados individualmente, quanto sua abordagem.

**Palavras-chave:** Intussuscepção; divertículo de Meckel; obstrução intestinal; laparotomia; lactente.

## REFERÊNCIAS

ALEMAYEHU, H. *et al.* Laparoscopy and Complicated Meckel Diverticulum in Children. **Journal of the Society of Laparoendoscopic surgeons**. 2014.

ARAÚJO, L. M. *et al.* **Divertículo de Meckel:** revisão de literatura. Montes Claros, MG: Revista Médica de Montes Claros. 2013.



CHAN, K. W. E. *et al.* Laparoscopic excision of Meckel's diverticulum in children: What is the current evidence? **World J. Gastroenterol.**, v. 20, n. 41, 2014.

MURRUSTE, M. *et al.* Torsion of Meckel's diverticulum as a cause of small bowel obstruction: A case report. **World J Gastrointest Surg**, v .6, n. 10, 2014.

SAGAR, J.; KUMAR, V.; SHAH, D. K. Meckel's diverticulum: a systematic review. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 99, n. 10, p. 501-505, 2006.



## ATUALIZAÇÃO DOS ESCORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

*Thiago Caceres Ferreira de Carvalho; Ana Luiza Faria Dias; Renan Reno Grilo;  
Danielli Rodrigues Leite da Silva; Daniele Brandalise Fialho Severo;  
Poliana Batista Machado; Rafaella Pinto Ferraz.*

Unifoa – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A doença cardiovascular (CDV) é a principal causa de morte no mundo. Em todos os países, a mortalidade relacionada à doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral apresenta em torno de 40 a 60% dessa causa. O alto risco de morbimortalidade subsequente à manifestação da cardiopatia isquêmica torna fundamental a instituição de regimes preventivos efetivos, como parte do manejo geral de pacientes coronariopatas. Contudo, mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, seja DM, HAS ou a presença de dislipidemia, é avaliá-lo em termos de Risco Cardiovascular (RCV), cerebrovascular e renal global.

**Objetivo:** O trabalho traz atualizações sobre os critérios e escores de risco cardiovasculares, sendo que, com o passar dos anos, novos escores e novos fatores de riscos foram adicionados, a fim de simplificar e elucidar a abordagem inicial ao paciente coronariopata, objetivando o aperfeiçoamento da classificação para uma melhor terapêutica.

**Métodos:** O presente trabalho fornecerá revisões de artigos de cunho médico, retirados da biblioteca científica online SCIELO, PubMed, BVS, Cardiol.

**Discussão:** A prevenção de doenças cardiovasculares é, atualmente, uma prioridade em termos de saúde pública, principalmente naqueles indivíduos considerados de alto risco cardiovascular. A presença de fatores de risco pode prever evento cardiovascular futuro, e cada um dos fatores, atribui uma pontuação. Ao final, a soma desses pontos é convertida em risco de desenvolver eventos cardíacos. Esse sistema aprimorou a estratificação, tornando-a prática e objetiva para ser utilizada no dia a dia. Um dos modelos de estratificação de risco mais conhecidos e utilizados é o Escore de Risco de Framingham (ERF), utilizando-se variáveis de fácil acesso clínico como idade, gênero, presença de tabagismo, diabetes, níveis de pressão arterial sistólica, de colesterol total e de HDL. O escore [www.unifoa.edu.br/editorafoa](http://www.unifoa.edu.br/editorafoa)





estima a possibilidade de ocorrer infarto do miocárdio ou morte por doença coronariana nos dez anos seguintes, em indivíduos sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica, classificando-os em indivíduos de baixo risco, intermediário ou elevado. Percebe-se que o ERF tem uma acurácia limitada, pois a maioria dos eventos CDV ocorre nos grupos de baixo e médio risco – classificado pelo escore de Framingham-, e que 75% da população norte americana é classificada dessa maneira, tendendo a subestimar risco na maioria dos pacientes. Devido à tamanha importância da estratificação de riscos dos pacientes, novas buscas e novos métodos de classificação foram instituídos ao decorrer dos anos. A V Diretriz de Dislipidemias mostra outras opções de estratificações, um deles é o Escore de Risco Global, que estima o risco de infarto do miocárdio, AVE, insuficiência vascular periférica ou insuficiência cardíaca em 10 anos. Tem-se também o Escore de Risco pelo Tempo de Vida, utilizado a partir dos 45 anos, avaliando a probabilidade de um indivíduo, a partir dessa idade, apresentar um evento isquêmico. Considerando-se o elevado custo das investigações cardiológicas para o sistema de saúde público, os métodos de estratificação de risco cardiovasculares citados, apesar de ser divergentes em alguns pontos, são maneiras de baratear e direcionar solicitação de novas investigações e permitir a adoção de medidas intervencionistas precoces nesses pacientes, no sentido de reduzir ou controlar o risco coronariano.

**Palavras-chave:** Escore de risco cardiovascular; framingham; risco cardíaco global.

## REFERÊNCIAS

FILHO, R. D.; MARTINEZ, T. L. R. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica**, v. 46, n. 3, p. 212-214, Jun. 2002.

GATTI, R. M.; SANTOS, B. R. M.; FURLANETO, C. J.; GOULART, R. M. M.; MOREIRA, P. A. Avaliação dos fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes de São Caetano do Sul segundo o Escore de Framingham e sua relação com a síndrome metabólica. **Arquivos Sanny de Pesquisa em Saúde**. São Caetano do Sul, v. 1, n. 1, p. 8-17, 2008

IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e prevenção da Aterosclerose. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 88, n. 1, p. 1-19, Abr. 2007.



STEIN, R. *et al.* Variabilidade entre Cardiologistas na Abordagem aos Pacientes em Prevenção Secundária da Cardiopatia Isquêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 3, n. 1, p. 219-222, Set. 2004.

[tcf.carvalho56@gmail.com](mailto:tcf.carvalho56@gmail.com)

## CRISE HEMOLÍTICA EM PACIENTE COM ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA

*Victor Rebelo Procaci<sup>1</sup>; André Luis Franco Cotia<sup>1</sup>; Marcela Santos Carvalho<sup>1</sup>;  
Davi Haddad<sup>1</sup>; Julia Kohler<sup>1</sup>; Maria Augusta Wehbe<sup>2</sup>; Cristiane Cunha<sup>1</sup>;  
Joao Ozorio Rodrigues Neto<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

<sup>2</sup> Hospital Municipal Munir Rafful, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** Foi descrito o caso clínico de uma paciente, de 9 anos, portadora de Esferocitose Hereditária (EH), em acompanhamento em nível ambulatorial com hematologista, sem histórico de complicações prévias da doença e que apresentou pela primeira vez uma crise hemolítica, após quadro de infecção de vias aéreas superiores (IVAS), sendo necessário transfusão de concentrado de hemácias.

**Objetivos:** O objetivo deste caso é abordar breve revisão da literatura sobre o tema e o manejo correto desses pacientes.

**Relato de Caso:** Paciente portadora de EH, sexo feminino, 9 anos, deu entrada na Unidade de Emergência do Hospital Municipal Munir Rafful, com quadro de náuseas e vômitos há sete dias, história de tratamento para sinusite com amoxicilina por 5 dias, e duas internações anteriores para tratamento de suporte do mesmo quadro, em uma semana. Ao exame, se encontrava lúcida e orientada, prostrada, hipocorada +++/4+, icterica (+;4+), afebril, eupneica, sopro sistólico panfocal ++/4+, com dores abdominais em epigástrico, dor à palpação profunda em mesogástrico e hipocôndrio direito, baço palpável a 2cm do rebordo costal esquerdo. Havia o relato de transfusão de 320 ml de concentrado de hemácias (CH), na última internação, há 2 dias, na qual havia sido evidenciado as seguintes alterações laboratoriais: hemácias: 2.420 M/mm<sup>3</sup>; hemoglobina (Hb) 5,4 g/dl; hematócrito (Ht): 17,4%; leucócitos: 4.200/mm<sup>3</sup>(eosinófilos: 0%; basófilos: 0%; bastões: 8%; segmentados: 53%; linfócitos: 33%; monócitos: 6%); plaquetas: 406.000/mm<sup>3</sup>; esfregaço de sangue periférico: microcitose, poiquilocitose com alguns ovalócitos e alguns linfócitos atípicos. Foram realizados novos exames, demonstrando Ht de 15,5% e Hb de 6 g/dl; bilirrubina indireta: 1,3 mg/dl; desidrogenase láctica (LDH): 824 U/L. Exames de função renal, hepática e eletrólitos apresentavam valores normais. Realizou-se transfusão de 480 ml de CH, analgesia, metoclopramida para o controle das

náuseas e suspensão do antibiótico, devido à suspeição de diagnóstico equivocado de sinusite. Após o controle dos sintomas, a paciente foi submetida à ultrassonografia de abdome, na qual não se observou litíase biliar e confirmou a esplenomegalia. Feito o diagnóstico de crise hemolítica secundária a IVAS, a paciente ficou estável após a transfusão, com melhora parcial dos níveis de Hb, sendo, então, realizada alta hospitalar, com encaminhamento para cirurgia pediátrica, com intuito de se realizar esplenectomia.

**Discussão:** A EH é a anemia hemolítica congênita mais comum dos caucasianos. Resulta de alterações quantitativas e/ou qualitativas das proteínas da membrana do eritrócito. Caracteriza-se por anemia de gravidade variável, com icterícia intermitente, presença de esferócitos no esfregaço de sangue periférico, fragilidade osmótica aumentada, esplenomegalia com uma resposta favorável à esplenectomia (GRANJO et al., 2003). A crise hemolítica na EH é caracterizada por icterícia mais pronunciada que o normal para o portador de EH devido à hemólise acelerada pela própria doença ou de provável infecção viral (KAYMAK et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012). A maioria dos pacientes apresenta leve hemólise crônica, que pode levar à formação de cálculos biliares. Em estudo realizado em 86 pacientes com diagnóstico de EH, 26% apresentaram litíase biliar (DAS, et al. 2014). Em alguns casos, a hemólise é totalmente compensada e os níveis de hemoglobina são normais. Casos severos, como esse, requerem transfusões de concentrado de hemácias (CURRENT, 2012). A administração de ácido fólico diária é necessária nesses pacientes para prevenir o desenvolvimento de hipoplasia de células vermelhas pela deficiência de folato (GORDILLO E SUÁREZ, 2014). Em pacientes com esplenomegalia intermitente ou persistente é indicado esplenectomia, o que resulta quase sempre em significativa melhora. O procedimento aumenta a sobrevida dos esferócitos e corrige a anemia (RICE, et al. 2014). Porém a retirada do baço influi em risco de infecções bacterianas, particularmente por germes encapsulados, sendo imprescindível a vacinação antes do procedimento (POLAT, et al. 2014). No presente caso, havia o relato de esplenectomia na mãe, irmão e tia materna da paciente, nos quais todos haviam sido beneficiados pelo procedimento. A paciente foi encaminhada para a cirurgia e encontra-se assintomática atualmente.

**Conclusão:** A esplenectomia se mostra eficaz para o controle da maioria dos casos de EH e deve ser adequadamente indicada.



**Palavras-chave:** Esferocitose; crise hemolítica; esplenectomia.

## REFERÊNCIAS

DAS, A.; *et al.* Hereditary spherocytosis in children: profile and post-splenectomy outcome. **Journal of the Indian Pediatric Society**, Chandigarh, v. 51, n. 2, p. 139-141, feb. 2014.

GORDILLO, L.; SUÁREZ, P. Aplastic crisis due to parvovirus B19 and Epstein-Barr virus in a patient with hereditary spherocytosis. **Anales de pediatria**, Barcelona, v. 82, n. 1, p. 102-107, mar. 2014.

KAYMAK, C. M. *et al.* Hemolytic Crisis as the Initial Presentation of Hereditary Spherocytosis Induced by Parvovirus B19 and Herpes Virus Infection in a Patient with the Thalassemia Trait: A Case Report. **Turkish Journal of Haematology**, Ankara, v. 29, n. 4, p. 425-426, dez. 2012.

OLIVEIRA, M. C. L. A. *et al.* Clinical course of 63 children with hereditary spherocytosis: a retrospective study. **Revista Brasileira de Hematologia E Hemoterapia**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 9-13, 2012.

POLAT, A. *et al.* Hereditary spherocytosis and wandering spleen. **Pediatric Hematology and Oncology**, Denizli, v. 31, n. 1, p. 101-103, feb. 2014.

RICE, H. E. *et al.* Clinical Outcomes of Splenectomy in Children: Report of the Splenectomy in Congenital Hemolytic Anemia (SICHA) Registry. **American Journal of Hematology**. Durham, v. 90, n. 3, p. 2-25, nov. 2014.



## A MORTE ESTÁ EM NOSSAS MÃOS

*Victor Rebelo Procaci*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Com a alma e a consciência inflamadas pela revolta – após ler a saga de Semmelweis em tentar convencer seus contemporâneos sobre a importância da higienização das mãos para a prevenção da febre puerperal, fato que ocorreu há 168 anos e demorou décadas a ser aceito pela comunidade médico-científica (BEST e NEUHAUSER, 2004) me propus a escrever sobre a minha indignação perante o descaso que tantos profissionais de saúde apresentam em relação à higienização das mãos. Prática tão simples, que há mais de 150 anos se mostra eficaz na prevenção de infecções e, até hoje, é banalizada por muitos.

**Relato de Experiência:** Em 1847, após diversas tentativas de tentar compreender a alta porcentagem de mortes por febre puerperal, em uma das enfermarias obstétricas, do Hospital Geral de Viena, Ignaz Philipp Semmelweis teve uma epifania. Ele percebeu que as pacientes examinadas por médicos e estudantes, que constantemente realizavam necropsias no hospital, apresentavam uma incidência maior de febre puerperal, doença que, em poucos dias, as arrastava para a sepultura (BEST e NEUHAUSER, 2004). Ao realizar tal observação, o médico ordenou que antes de examinar as pacientes, era imprescindível a lavagem das mãos, a fim de remover substratos cadavéricos que poderiam ser a gênese das infecções letais. Com o tempo, Semmelweis observou que a prática instituída era também essencial ao término do exame de uma paciente, para que se pudesse examinar a outra, sem assim, difundir matéria pútrida de uma doente para as demais e com isso, reduziu em 90% o número de mortes em sua enfermaria (ATAMAN; VATANOĞLU-LUTZ; YILDIRIM, 2013). É notável que, há dois séculos, antes mesmo do conhecimento dos microrganismos, essa observação tenha sido feita. Infelizmente, o eminente médico não viveu para ver seu conhecimento iluminar o mundo, imerso em trevas e ignorância. Ele lutou com ímpeto para difundir suas ideias inovadoras, porém tais descobertas levaram anos para se consolidar no mundo científico (BEST; NEUHAUSER, 2004; LANE, BLUM; FEE, 2010). Espanta-me que tenha demorado tanto tempo para aceitar tal conhecimento, visto que as experiências de Ignaz demonstravam claramente a diminuição no número de mortes



por febre puerperal (ATAMAN, VATANOĞLU-LUTZ; YILDIRIM, 2013). No entanto, estamos nos referindo a uma época em que nada se sabia sobre os microrganismos, logo, a experiência de Semmelweis era algo completamente inovador, mudando assim, tudo o que se sabia sobre o assunto e como mudanças drásticas, em sua maioria, não são confortavelmente aceitas, esse processo foi deveras lento. Cento e sessenta e oito anos se passaram desde a descoberta do médico húngaro e muito foi acrescentado à sabedoria científica. O surgimento da internet permitiu que a disseminação do conhecimento se tornasse universal e instantânea. Entretanto, um resquício de trevas daquela época ainda paira em muitos serviços de saúde. Estudos realizados entre 1995 e 2008, demonstraram que a prevalência de infecções nosocomiais gira em torno de 5,1% a 11,6% em países desenvolvidos e, aproximadamente, a mesma proporção de pacientes adquire uma infecção durante um episódio de internação hospitalar. A prevalência no Reino Unido é de 7,6% em comparação com 14% em nosso país. Somente em Belo Horizonte, no ano de 1992, os gastos com infecções nosocomiais foram estimados em US\$ 18 milhões (WHO, 2012). Apesar da pouca experiência que tenho, constantemente observo nos hospitais vinculados à minha Universidade situações que remetem à era anterior ao surgimento da microbiologia: médicos, enfermeiros, estudantes, fisioterapeutas que examinam e fazem procedimentos sem tomar as medidas necessárias para a prevenção das infecções e, com isso, surtos de microrganismos cada vez mais virulentos ceifam vidas de nossos pacientes. Infelizmente, não é só em minha cidade que vejo essa lástima acontecer. Presenciei a mesma situação em grandes hospitais que visitei e, até mesmo, no maior centro de Infectologia de nosso país, lugar que julgava ser o último a acontecer tal evento.

**Conclusão:** Como é possível tamanha ignorância se perpetuar nos dias atuais? Quais medidas devemos adotar para que os profissionais de saúde se conscientizem da magnitude desse problema? Seria o ensino, nas universidades, que deixa a desejar? Quando e quanto devemos fornecer de orientação sobre a higienização das mãos e outras práticas de prevenção de infecções nas universidades? Deixo esses questionamentos aos ilustres professores e a todos aqueles que desejam prover melhores cuidados aos pacientes, pois já passou da hora de lavarmos a morte de nossas mãos.

**Palavras-chave:** Semmelweis; infecção nosocomial; prevenção.





## REFERÊNCIAS

ATAMAN, A. D.; VATANOĞLU-LUTZ, E. E.; YILDIRIM, G. Medicine in stamps-Ignaz Semmelweis and Puerperal Fever. **Journal of the Turkish German Gynecological Association**, Viena, v. 14, n. 1, p. 35-39, mar. 2013.

BEST, M.; NEUHAUSER, D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. **Quality & safety in health care**. Cleveland, v. 13, n. 3, p. 233-234, jun. 2004.

LANE, H. J.; BLUM, N.; FEE, E. Oliver Wendell Holmes (1809–1894) and Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865): Preventing the Transmission of Puerperal Fever. **American Journal of Public Health**, Rochester, v. 100, n. 6, p. 1008-1009, jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The burden of health care-associated infection worldwide. Disponível em: <[http://www.who.int/gpsc/country\\_work/summary\\_20100430\\_en.pdf](http://www.who.int/gpsc/country_work/summary_20100430_en.pdf)>. Acesso em: 8 maio 2015.



## DIFERENTES USOS DO ULTRASSOM NA TERAPIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

*Vinícius Gomes Pereira; Guilherme Furtado Cunha;  
Antônio Guilherme do Paço Baylão; Estella Ramos Caleare;  
Patrick Silveira Guimarães; Cristina Ribeiro Dias Barroso.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A Doença de Alzheimer (DA) é um distúrbio neurodegenerativo relacionado à idade. Microscopicamente, é caracterizada por perda neuronal através da degeneração sináptica intensa, formação de emaranhados neurofibrilares e deposição de proteína  $\beta$ -amilóide no cérebro com formação de placas senis (RAYMOND et al., 2011). O ultrassom tem sido usado e testado de variadas formas no tratamento e diagnóstico da DA. Diferentes tipos de ultrassom têm apresentado possibilidades variadas na modificação da fisiologia e do crescimento neuronal (SCARCELLI et al., 2014).

**Objetivos:** Revisar a possibilidade de uso dos diferentes tipos de ultrassom no tratamento da Doença de Alzheimer.

**Método:** Trata-se de uma revisão narrativa em que foram feitas buscas na base de dados Pubmed-Medline, com as palavras-chave “Alzheimer’s Disease” e “Ultrasound”.

**Resultados:** Foram encontrados vários estudos sobre o uso do ultrassom no tratamento e diagnóstico da DA. Desses, foram selecionados os mais relevantes para a discussão do tema, focando em artigos em que o texto completo estava disponível. O principal uso do ultrassom como forma terapêutica, tendo como parâmetro o número de artigos encontrados, foi o aumento da permeabilidade da BHC, sendo que a maioria ainda estava em fase de teste.

**Discussão:** O uso do ultrassom como forma terapêutica na DA ainda é uma possibilidade nova, sendo desenvolvida de variadas formas, com o objetivo de aumentar a probabilidade de criação de um tratamento eficiente aplicável em humanos. O ultrassom transcraniano focalizado (Transcranial focused ultrasound – FUS) guiado por Ressonância Magnética pode ser utilizado para terapias cerebrais



não invasivas (SCARCELLI et al., 2014). Por exemplo, FUS, em baixas intensidades, pode ser usado para aumentar a permeabilidade da barreira hematoencefálica (BHC), facilitando o acesso de terapias farmacológicas e imunoterapias do sangue ao cérebro (BURGESS et al., 2014; JORDÃO et al., 2010; HYNYNEN et al., 2001; KINOSHITA et al., 2006). Além disso, FUS em baixas intensidades também tem demonstrado propriedades neuromodulatórias (MIN et al., 2011; KIM et al., 2012) e a habilidade de aumentar fatores de crescimento (TUFAIL et al., 2010), incluindo o Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF), que é capaz de promover neurogênese em adultos (JIN et al., 2002). Em outra instância, testes clínicos com o SUS (repeated scanning ultrasound) já demonstram que o ultrassom consegue remover a proteína  $\beta$ -amilóide e restaurar a memória em modelos de DA em ratos (LEINENGA & GÖTZ, 2015).

**Conclusão:** O ultrassom, portanto, tem uma vasta possibilidade de aplicação no tratamento da DA e, apesar de muitos desses tratamentos ainda estarem em fase de teste, as perspectivas para o futuro são positivas.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer; ultrassom; proteína  $\beta$ -amilóide.

## REFERÊNCIAS

BURGESS, A. et al. Targeted Delivery of Neural Stem Cells to the Brain Using MRI-Guided Focused Ultrasound to Disrupt the Blood-Brain Barrier. **PloS one**. v. 6, n. 11, 2011.

HYNYNEN, K. et al. Noninvasive MR Imaging-Guided Focal Opening of the Blood-Brain Barrier in Rabbits. **Radiology**. v. 220, n. 3, p. 640-6, Set. 2001.

JORDÃO, J. F. et al. Antibodies Targeted to the Brain with Image-Guided Focused Ultrasound Reduces Amyloid- $\beta$  Plaque Load in the TgCRND8 Mouse Model of Alzheimer's Disease. **PloS one**. v. 5, n. 5, 2010.

KIM, H. et al. Noninvasive Transcranial Stimulation of Rat Abducens Nerve by Focused Ultrasound. **Ultrasound in Medicine and Biology**. v. 38, n. 9, p. 1568-75, 2012.

KINOSHITA, M. et al. Targeted Delivery of Antibodies Through the Blood-Brain Barrier by MRI-Guided Focused Ultrasound. **Biochemical and Biophysical Research Communications**. v. 340, n. 4, p. 1085-90, Fev. 2006.



LEINENGA, G.; GÖTZ, J. Scanning ultrasound removes amyloid- $\beta$  and restores memory in an Alzheimer's disease mouse model. **Sci Transl Med.** v. 11, n. 7, p. 278, Mar. 2015.

MIN, B. K. et al. Focused Ultrasound Modulates the Level of Cortical Neurotransmitters: Potential as a New Functional Brain Mapping Technique. **International Journal of Imaging Systems and Technology.** v. 40, p. 232-40, 2011.

RAYMOND, S. B. et al. Ultrasound Enhanced Delivery of Molecular Imaging and Therapeutic Agents in Alzheimer's Disease Mouse Models. **PLoS one.** v. 3, n. 5, Maio, 2008.

SCARCELLI, T. et al. Stimulation of hippocampal neurogenesis by transcranial focused ultrasound and microbubbles in adult mice. **Brain Stimul.** v. 7, n. 12, p. 304-307, Mar-abr. 2014.

TUFAIL, Y. et al. Transcranial Pulsed Ultrasound Stimulates Intact Brain Circuits. **Neuron.** v. 66, p. 681-94, 2010.

[vinicius.gp12@hotmail.com](mailto:vinicius.gp12@hotmail.com)



## ESQUIZOFRENIA REVISTA: DA FISIOPATOLOGIA AO TRATAMENTO

*Vivane Pontes de Souza Porto; Rodrigo César Carvalho Freitas.*

UniFOA – Centro universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A presente pesquisa aborda a esquizofrenia, procurando abarcar e resumir os principais consensos acerca dessa patologia, levando em conta o que de novo tem sido exposto nas últimas décadas. A esquizofrenia é uma patologia do sistema nervoso central (SNC) que incide sobre cerca de 1-2% da população mundial, cuja distribuição independe de sexo, idade, raça e nível socioeconômico, representando enorme desafio à neurociência. (apud MENEGATI, R. *et al.*, 2004).

**Objetivos:** Busca-se, por meio desta revisão literária, reunir diferentes estudos sobre a fisiopatologia da esquizofrenia, de modo a compor o estado da arte atual em relação à doença.

**Metodologia:** Para a realização desta revisão, foram pesquisados artigos na base de dados Scielo, PubMed e no sítio de revistas nacionais e internacionais, como a Revista Brasileira de Psiquiatria, Revista de Psiquiatria Clínica, Revista Brasileira de Psiquiatria, The American Journal of Psychiatry, Psychopharmacology Journal, entre outras, utilizando os unitermos "esquizofrenia", "fisiopatologia", "hipótese dopaminérgica", "hipótese glutamatérgica" e "neurofisiologia", além dos livros Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A.) e Psiquiatria (BLEULER, E).

**Discussão:** De acordo com Araripe Neto, Bressan e Busatto Filho (2007), a compreensão fisiopatológica da esquizofrenia avançou bastante no último século, evoluindo de teorias etiológicas unicasais para modelos mais complexos que consideram a interação de inúmeros fatores genéticos e ambientais. Para tanto, estudos epidemiológicos sobre fatores de risco foram associados a estudos neuropatológicos e de neuroimagem, sugerindo um modelo interativo em que inúmeros fatores atuam conjuntamente, provocando alterações mais globais no desenvolvimento cerebral. A integração de diferentes sistemas de neurotransmissores já havia sido prevista por estudiosos, como, por exemplo, *apud* Silva (2006), inferindo-se que, além do sistema dopaminérgico, outros sistemas de neurotransmissores centrais desempenhariam algum papel, sendo provável que



vários sistemas estejam envolvidos simultaneamente. Oficialmente, no Brasil, o diagnóstico de esquizofrenia é realizado com base nos critérios da 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Entretanto, o diagnóstico de esquizofrenia também pode ser feito a partir dos critérios da 4ª revisão da Classificação Americana dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). Esses são considerados mais restritos que os da CID-10. O manejo clínico do paciente esquizofrênico pode incluir hospitalização e medicamentos antipsicóticos, bem como tratamentos psicossociais, tais como as terapias familiar, comportamental, de grupo, individual e de habilidades sociais, bem como de reabilitação (KAPLAN e SADOCK, 1998).

**Conclusão:** Apesar de não existir uma explicação definitiva sobre a esquizofrenia, avanços vêm sendo feitos e tem-se mudado o olhar sobre tal desordem psicológica, logo, faz-se relevante a reunião de conceitos aqui feita, de modo a compor o estado da arte atual em relação à doença. Ressalta-se que uma melhor compreensão do desenvolvimento da doença é primordial para surgimento de tratamentos mais eficazes.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia; tratamento; fisiopatologia.

## REFERÊNCIAS

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.J. **Manual de psiquiatria clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1998.

MENEGATTI, R. *et. al.* Esquizofrenia: quarenta anos da hipótese dopaminérgica sob a ótica da química medicinal. **Quim. Nova**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 447-55, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v27n3/20173.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2013.

SILVA, A. L. F. *et al.* **Esquizofrenia**. Porto Alegre: FFCMPA, 2000, 46p. Dissertação - Fundação Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2000.



## RELATO DE CASO: ADENOMA DE HIPÓFISE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PROLACTINOMA

*Wendy do Carmo Aguiar; Tchandra Andrade Gomide.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O adenoma de hipófise é uma das patologias neuroendocrinológicas de relativa frequência no âmbito de clínica médica e, por isso, há necessidade do conhecimento básico para o reconhecimento e manejo inicial da doença pelos médicos generalistas. A hipófise, por ser a glândula responsável pela regulação das demais glândulas endócrinas, tem uma grande importância na manutenção do equilíbrio endócrino e, quando é acometida, pode acarretar disfunções e síndromes clínicas abrangentes, além de ter relação anatômica com regiões muito sensíveis, levando a sinais e sintomas decorrentes de lesões expansivas dessa estrutura. Os tumores de hipófise, quase sempre adenomas, representam de 7 a 17,8% dos tumores intracranianos e acometem em maior frequência a 5<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> década de vida de ambos sexos, na mesma proporção. São classificados pelo tamanho, como microadenomas, menor que 1,0 cm; e macroadenomas, maior ou igual a 1,0 cm ou pelo funcionamento, funcionantes e não funcionantes, pela síndrome clínica de excesso do hormônio.

**Objetivos:** O relato de experiência objetiva relatar os sinais e sintomas apresentados por uma paciente da Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, a sua evolução clínica, diagnóstico e manejo terapêutico e, a partir do estudo de caso, investigar na literatura dados sobre o referido caso.

**Relato de Experiência:** N. A. T. D., sexo feminino, 34 anos, divorciada, autônoma, natural de Barra Mansa-RJ. No dia 19 de novembro de 2014, procurou atendimento no pronto-socorro, queixando-se de “perda de visão”. De acordo com a paciente, no dia anterior, iniciou o quadro de turvação visual, com piora no transcorrer do dia, evoluindo com eritema ocular. Na admissão, referiu perda total da visão, cefaleia, náuseas, vômitos e vertigem, procurando assim, atendimento médico no pronto-socorro. Na história patológica pregressa, a paciente negou comorbidades, referindo apenas, que, há cinco anos, iniciou episódios esporádicos de cefaleia pulsátil e acompanhada de vertigem, fadiga, fraqueza muscular ao acordar e irregularidade



menstrual. Relatou ainda que, desde os 18 anos, tentou engravidar, contudo, passou por três abortos; realizou terapias medicamentosas indicadas por um ginecologista para tratar a infertilidade, porém não teve resultados. Relata ainda que há três anos amamentou a enteada por um mês e meio, por orientação médica, através de estímulos de massagem e sucção. História familiar de avó paterna com hipertensão arterial sistêmica, tios paternos com câncer intracraniano, porém, não sabe relatar o tipo. Nega tabagismo e relata ser etilista social. Após Tomografia computadorizada (TC) de crânio, sem alterações, foi realizada punção lombar, sem alterações e, dias após, a paciente referiu melhora da visão. Foi realizada ressonância nuclear magnética (RNM) de crânio que diagnosticou Adenoma de hipófise. Solicitada RNM de sela turca que confirmou adenoma hipofisário, medindo 1,7cm no maior diâmetro. Seus exames laboratoriais de rotina não apresentaram alterações. Assim, após a ressonância magnética, levantou-se a hipótese diagnóstica de Prolactinoma. Dosados prolactina (PRL), cortisol, FSH, LH, GH e IGF-1 confirmaram a hipótese diagnóstica. A paciente teve alta hospitalar com prescrição de Carbegolina e acompanhamento ambulatorial.

**Resultados:** Percebe-se, pelo caso descrito, paciente com macroadenoma hipofisário, tipo prolactinoma e funcionante, apresentando quadro clínico clássico de cefaleia, distúrbios visuais e vertigem, além de irregularidade menstrual e galactorreia. O acompanhamento e manejo da paciente, realizados de maneira preconizada, associados aos exames de rastreio, a TC e punção lombar, seguido pela RNM e feito o diagnóstico de certeza pela RNM de sela turca, com as dosagens hormonais. Tratamento inicial ambulatorial e farmacológico.

**Conclusão:** Em suma, a história clínica da paciente, juntamente com o a RNM e exames laboratoriais, conduziram para o diagnóstico de Adenoma de hipófise tipo Prolactinoma. Com o quadro descrito, é de suma importância que os profissionais médicos tenham o reconhecimento da patologia assim como a conduta a ser tomada frente à paciente.

**Palavras-chave:** Adenoma de hipófise; prolactinoma.



## REFERÊNCIAS

BARBOSA, E. R. Controle hormonal dos adenomas hipofisários pela cirurgia transfenoidal: evolução dos resultados nos primeiros cinco anos de experiência. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, v. 55, n. 1, 2011.

CASULARI, L. A. MOTTA, L. D. C. Dogmas da prolactina: a necessidade de rever conceitos. **Brasilia Med**. Brasilia, v. 51, n. 1, 2014.

CHONE, C. T. *et al.* Ressecção endoscópica transesfenoidal de adenomas de hipófise: avaliação preliminar de pacientes consecutivos. **Braz. J. Otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 80, n. 2, 2014.

CZEPIELEWSKI, M. A. Tumores não hipofisários da região selar. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, v. 49, n. 5, 2005.

WARSAWSKI, L. COELHO, D. B. L. MENDES, A. C. Tratamento de macroprolactinoma com cabergolina em adolescentes. **Rev. Paul. Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2011.

[wendycaquiar@gmail.com](mailto:wendycaquiar@gmail.com)



## ARTRITE REUMATÓIDE INICIAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE

*Yolanda Fernandes Malta; Camila Leijoto; Glenda Alves Pereira de Oliveira;  
Rafaela Vieira Canettieri, Rafaela Nasraui Calçada; Camila Molina da Silva.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória sistêmica, crônica, autoimune, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, de grandes e pequenas articulações, levando a erosões ósseas e da cartilagem, com deformidades permanentes. Há maior prevalência no sexo feminino numa relação mulher:homem de 2-3:1. Acomete todas as faixas etárias, sendo mais comum na quarta e sexta décadas de vida. A doença apresenta um expressivo impacto social, devido a sua elevada morbimortalidade, havendo uma diminuição da expectativa de vida em cinco a dez anos, quando há demora no diagnóstico e tratamento. Em 2010, foram propostos novos critérios de classificação de AR inicial (ACR/EULAR), visando à identificação dos pacientes com suspeita de AR antes que as erosões ósseas já estivessem instaladas. As manifestações clínicas são identificadas nas primeiras doze semanas de sintomas inflamatórios e devem ser suprimidas o mais rapidamente possível, de forma agressiva para evitar complicações futuras.

**Objetivo:** Revisão bibliográfica sobre AR inicial, com posterior divulgação dos critérios diagnósticos entre os médicos que atuam na Policlínica Três Poços – UniFOA, com enfoque no diagnóstico e na avaliação inicial da doença.

**Metodologia:** Levantamento bibliográfico, através do Pubmed, Scielo, Medline, Medstudent.

**Discussão:** Pelo fato de os pacientes com AR tratados nas fases iniciais apresentarem uma melhor evolução, a necessidade de identificação precoce da doença tem sido muito enfatizada. Em 1987, foram criados os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR), com a finalidade de classificação da doença. Porém, estudos comprovam que esses critérios têm suas limitações, não proporcionando bom desempenho na fase inicial da doença. Um grupo de trabalho conjunto do ACR e da Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR), com um novo enfoque de classificação para detecção precoce da doença, foi criado com um sistema com base em medidas utilizadas na prática clínica. As manifestações



clínicas são divididas em quatro domínios: acometimento articular, sorologia, duração dos sintomas e provas de atividade inflamatória. Com essa nova abordagem, foi criado um novo sistema, dando maior evidência à sorologia e ao diagnóstico inicial para pacientes com algumas articulações, exibindo edema e dor, deixando de ser consideradas as alterações radiográficas clássicas, como as erosões ósseas e passando a ser incluídas as evidências de sinovite fornecidas pela ultrassonografia, na ausência de sinais e sintomas.

**Conclusão:** A AR inicial é uma doença crônica importante que deve ser tratada o mais precoce e adequadamente possível, para evitar a evolução com inflamação persistente e dano articular progressivo. Um melhor prognóstico é alcançado com uma abordagem terapêutica mais agressiva. Os novos critérios de classificação da AR inicial devem ser amplamente divulgados, facilitando o seu uso na prática clínica.

**Palavras-chave:** Artrite reumatóide inicial; artrite reumatóide; diagnóstico; tratamento.

## REFERÊNCIAS

ALARCON, G. S. Epidemiology of rheumatoid arthritis. **Rheum Dis Clin North Am**, v. 21, p. 589-604, 1995.

BANAL, F. *et al.* Sensitivity and specificity of the American College of Rheumatology 1987 criteria for the diagnosis of rheumatoid arthritis according to disease duration: a systematic literature review and meta-analysis. **Ann Rheum Dis**, v. 68, n. 7, p. 1184-1191, 2009.

EMERY, P. Treatment of rheumatoid arthritis. **BMJ**, v. 332, p. 152-155, 2006.

LIPSKI, P. E. **Rheumatoid arthritis**. In: Kasper DL, Braunwald. E, Fauci AS, et al.: Harrison's Principles of Internal Medicine. International edition, 14th ed., New York: McGraw Hill, 1998.

[yolanda.malta@hotmail.com](mailto:yolanda.malta@hotmail.com)



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO DOS CHOQUES HIPOVOLÊMICO E NEUROGÊNICO

*Fábio Fonseca Pagazzi<sup>1</sup>; Laísy Monteiro Pires<sup>2</sup>; Bruno Vasconcellos Rodrigues<sup>3</sup>;  
Igor Daniel Loureiro<sup>3</sup>; Marcel Minarine Milagres<sup>3</sup>; Matheus Lima da Cunha<sup>3</sup>;  
Daniel Poltroniere Rangel<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup> UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.

<sup>2</sup> HMMR – Hospital Municipal Dr. Munir Rafful, Volta Redonda, RJ.

<sup>3</sup> UVV – Universidade Vila Velha, Vila Velha, ES.

**Introdução:** Choque é uma síndrome clínica caracterizada pelo desequilíbrio entre a oferta e demanda tecidual de nutrientes e oxigênio, levando a uma redução grave e disseminada da perfusão tecidual, que pode evoluir com disfunção celular e falência de órgãos<sup>1</sup>. Pode ser classificado como hipovolêmico, cardiogênico, distributivo e obstrutivo, de acordo com a fisiopatologia e etiologia e, dessa forma, orientando uma melhor conduta<sup>2</sup>. O choque hipovolêmico ocorre devido ao débito cardíaco inadequado, que pode ocorrer por desidratação, hemorragia ou sequestro de líquidos<sup>2</sup>, enquanto o choque neurogênico, uma classificação etiológica do choque distributivo, é decorrente da perda da atividade simpática.

**Objetivos:** O trabalho tem como objetivo diferenciar o choque neurogênico do choque hipovolêmico e esclarecer o motivo pelo qual o tratamento basal deve ser o mesmo e com foco no choque hipovolêmico.

**Metodologia:** A pesquisa se embasou em artigos e livros publicados, entre os anos de 2008 a 2014, que abordaram os assuntos de choque nos mais variados contextos.

**Discussão:** Para que ocorra a identificação precoce do estado de choque, deve-se manter atenção nas alterações que ocorrem na frequência cardíaca, frequência respiratória, perfusão cutânea e pressão de pulso. O paciente, geralmente, apresenta-se taquipneico, devido à resposta orgânica em tentar compensar a hipóxia tecidual. Pode haver hipoperfusão ou hiperperfusão cutânea, tal alteração é variável conforme o tipo de choque. Para identificá-las é importante avaliar alterações no tempo de enchimento capilar, temperatura, coloração das extremidades e pressão de pulso. Devido à perda da atividade simpática, o paciente com choque neurogênico, cursa com diminuição no débito cardíaco. Ocorre uma

hipovolemia relativa, pois não há perda no volume circulante, mas baixo fluxo devido à vasodilatação periférica, notando-se uma hipotensão sem taquicardia. Na fisiopatologia do choque hipovolêmico, ocorre perda aguda de volume sanguíneo, que se representa pela diminuição da pré-carga e conseqüente queda do retorno venoso, do débito cardíaco e aumento da RVP. O primeiro sinal é a taquicardia, seguido de pressão arterial normal ou diminuída, estreitamento da pressão de pulso, entre outros sinais de hipoperfusão tecidual<sup>4</sup>. Como o choque neurogênico está, geralmente, ligado ao trauma, deve ser inicialmente conduzido como choque hipovolêmico, portanto, é necessária reposição volêmica, a fim de reverter o quadro de hipoperfusão tecidual. Inicialmente, deve-se estabelecer um acesso venoso central e, em caso de drogas vasoativas, instituir cateter arterial invasivo, visando monitorização fidedigna da PAM e gasometrias seriadas. As condutas e procedimentos visam otimizar a perfusão cerebral, a oxigenação tecidual e evitar lesões secundárias. Os pacientes com ECG menor ou igual 8 têm indicação de suporte ventilatório, sedação e analgesia, a fim de evitar hipercapnia. A reposição inicial de fluidos é feita pela fórmula básica de 20-40 mL/Kg e pode-se usar cristalóide ou colóide. Após a infusão de líquidos, se não houver melhora no quadro, faz-se necessária a utilização de drogas vasoativas e inotrópicas, como a noradrenalina e a dobutamina, respectivamente<sup>2</sup>. A dopamina teve seu uso associado à maior taxa de taquiarritmias, não sendo mais a primeira opção para restauração da PAM. Preconiza-se, como dose inicial, noradrenalina 0,1µg/Kg/min, podendo chegar à dose máxima de 2µg/Kg/min, tendo em vista que doses superiores a essa não demonstram benefício ao paciente, enquanto a dobutamina tem dose inicial de 2,5 µg/Kg/min, podendo chegar à dose máxima de 30µg/Kg/min.

**Conclusão:** A identificação precoce do estado de choque, bem como o reconhecimento do tipo e da causa, influencia no prognóstico do paciente. E, apesar das fisiopatologias e clínica distintas, o manejo do choque neurogênico e choque hipovolêmico são semelhantes, tendo em vista que a hipovolemia é um agravante no choque neurogênico.

**Palavras-chave:** Choque neurogênico; hipovolêmico; diagnóstico.



## REFERÊNCIAS

CARLOTTI, A. P. C. P. Choque em crianças. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 2, p. 197-207, jan. 2012. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp4\\_Choque%20em%20Crian%20as.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp4_Choque%20em%20Crian%20as.pdf)> . Acesso em: 07 nov. 2014.

FALCÃO, L. F. R.; COSTA, L. H. D.; AMARAL, J. L. G. **Emergências**: fundamentos e práticas. São Paulo: Martinari, 2010.

MARTINS, H. S. *et al.* **Emergências clínicas**: abordagem prática. 9. ed. Barueri: Manole, 2014.

MASELLA, C. A. SAMU. **Choque**. Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <[http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/samu/neu-pdf/04-choque\\_trauma.pdf](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/samu/neu-pdf/04-choque_trauma.pdf)>. Acesso em: 07 nov. 2014.



## FARMACODERMIA INDUZIDA POR CARBAMAZEPINA: RELATO DE CASO

*Fernanda Sodero de Freitas Caraméz<sup>1</sup>; Hellen Tatiane de Pontes<sup>1</sup>;  
André Luiz de Oliveira<sup>2</sup>; Niara da Cunha Borges<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

<sup>2</sup> Clínica Médica – Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** A Síndrome de Hipersensibilidade ao Anticonvulsivante (SHA) é uma entidade clínica que se manifesta através de exuberante erupção cutânea, acompanhada de acometimento sistêmico que podem ser diretamente relacionadas ao uso desses medicamentos. Os sintomas têm início duas a oito semanas após o início da droga e regridem completamente após a sua suspensão. Estima-se que sua ocorrência seja de 1 caso para cada 1.000 a 10.000 pessoas expostas à droga, sendo especialmente mais comum entre pacientes da raça negra. A erupção é caracterizada por um exantema morbiliforme que acomete inicialmente face, tronco superior e extremidades de membros superiores, com posterior progressão para membros inferiores. Edema de face pode ocorrer, sendo bastante evidente, e constitui-se em um sinal de alerta para o diagnóstico. Uma vez firmado o diagnóstico de SHA, depois de excluídas outras possibilidades de diagnósticos diferenciais, o tratamento proposto baseia-se, além da pronta suspensão da droga, no uso de corticosteroides sistêmicos, permitindo melhora acentuada dos sintomas e dos parâmetros laboratoriais.

**Objetivos:** Relatar um caso clínico vivenciado no internato de clínica médica no Hospital São João Batista (HSJB), e realizar uma discussão sobre os aspectos clínicos relacionados ao desenvolvimento de reações farmacológicas ligadas ao uso da Carbamazepina.

**Relato do caso:** A.L.B, 17 anos, parda, solteira, estudante, natural de Volta Redonda RJ. Admitida no PSA do HJSB, acompanhada pela mãe, no dia 01/03/2015, com queixa de “mancha no corpo e mal estar”. Relata início dos sintomas há cerca de 15 dias com pequena mancha em pescoço e dor de garganta, acompanhada de odinofagia, tendo, na ocasião, suspenso o uso da Carbamazepina. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, com edema face e lesões de comissura labial, exantema morbiliforme difuso, anictérica,

acianótica. Referia dificuldade para se alimentar devido às lesões orais. Gânglios cervicais anteriores palpáveis, móveis, elásticos, de aproximadamente 0,5 – 1,0 cm. Os exames laboratoriais da admissão revelaram leucocitose (33.800 cels/mm<sup>3</sup>) com desvio para a esquerda (10% bastões) e eosinofilia (22%). Sorologias para rubéola, toxoplasmose, hepatites A, B e C, Sífilis e Antiestreptolisina O foram negativos. Durante a internação, foi tratada com Fluconazol 200mg EV 12/12h (pelas suspeita de candidíase), Hidrocortisona 500 mg 8/8 horas, Cetoconazol e Dexametasona creme (02 aplicações ao dia), nas lesões cutâneas, além de tratamento de suporte clínico. No sexto dia de internação, teve alta hospitalar. Evoluiu com descamação difusa furfurácea das lesões e melhora progressiva, com resolução total do quadro quinze dias após a alta.

**Resultados:** O diagnóstico de reação farmacológica à carbamazepina, apesar de raro, é um diagnóstico de exclusão, corroborado pelo desaparecimento das lesões e melhora laboratorial, após a suspensão da droga. As sorologias negativas afastaram as causas mais prováveis de eritema morbiliforme, de acordo com as características verificadas no momento da admissão. Ao mesmo tempo, a suspensão da droga imediatamente após o início das reações, aliada ao tratamento de suporte clínico recebido, culminaram com a total reversão das lesões cutâneas e mucosas, assim como a normalização dos parâmetros laboratoriais, permitindo, dessa maneira, o diagnóstico de reação farmacológica a carbamazepina.

**Conclusões:** Os fármacos anticonvulsivantes estão amplamente relacionados à ocorrência de reações de hipersensibilidade, que podem ir, desde erupções cutâneas localizadas e restritas a algumas partes do corpo, até o acometimento sistêmico, com agravos à função de múltiplos órgãos, em especial ao fígado. Saber reconhecer, de forma rápida, a ocorrência desse tipo de reação é de suma importância para a prevenção e limitação dos danos, em especial à lesão hepática, que pode representar risco de vida ao paciente.

**Palavras-chave:** Carbamazepina; farmacodermia; reações de hipersensibilidade.

## REFERÊNCIAS

CRIADO, P. R. et al.: Reações cutâneas graves adversas a drogas – Aspectos relevantes ao diagnóstico e ao tratamento - Parte II. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 587-601, set./out. 2004.



ENSINA, et al. Reações de Hipersensibilidade a Medicamentos – Parte III. **Rev. bras. alerg. Imunopatol**, v. 32, n. 5, 2009.

RODRIGUES, R. N. S.; WANDALSEN, N. F.; PIRES, M. C. Reação adversa a carbamazepina agravando dermatite atópica: relato de caso. **Rev. bras. alerg. Imunopatol**, v. 25, n. 6, p. 214-216, 2002.

[fsoder@gmail.com](mailto:fsoder@gmail.com)

## ABCESSO HEPÁTICO PIOGÊNICO: RELATO DE CASO

*Fernanda Sodero de Freitas Caraméz<sup>1</sup>; Hellen Tatiane de Pontes<sup>1</sup>;  
André Luiz de Oliveira<sup>2</sup>; Niara da Cunha Borges<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

<sup>2</sup> Clínica Médica – Hospital São João Batista, Volta Redonda, RJ.

**Introdução:** Embora seja uma patologia relativamente rara na população em geral, com cerca de 2,3 a 20 casos por 100.000 habitantes, o abscesso hepático (AH) ocupa um lugar de extrema relevância no diagnóstico diferencial da dor abdominal, devido à sua alta taxa de mortalidade, que varia de 12%, quando não corretamente tratado e, a 100% de casos fatais, quando não tratado. O quadro clínico tem na febre sua principal apresentação (89%), podendo ocorrer também dor, defesa e sinais de irritação abdominal, calafrios, além de sintomas inespecíficos como náuseas, vômitos, anorexia e perda de peso. Entretanto, apenas 50% dos casos apresentarão a tríade icterícia, hepatomegalia e dor em quadrante superior direito. Os exames de imagem constituem os métodos diagnósticos mais específicos, podendo ser utilizados a ultrassonografia, a ressonância magnética (RNM) e a tomografia computadorizada (TC) com contraste.

**Objetivos:** Relatar um caso clínico vivenciado no internato de clínica médica no Hospital São João Batista (HSJB), e realizar uma discussão sobre os aspectos clínicos e diagnósticos mais relevantes do Abscesso Hepático Piogênico na atualidade.

**Relato do caso:** G.P.S, sexo feminino, 70 anos, parda, casada, natural de Volta Redonda. Deu entrada no pronto-socorro do Hospital São João Batista com quadro de dor abdominal, há três dias, associada a calafrios, vômitos e diarreia. Uso prévio de norfloxacino e ciprofloxacino, para tratamento de infecção do trato urinário. Ao exame físico, apresentava se em regular estado geral, prostrada, hipocorada, taquicárdica (99 bpm), hipotensa (80/60 mmHg), eupneica, anictérica, acianótica e afebril. Abdômen flácido, peristalse diminuída, algo timpânico, doloroso à palpação em hipocôndrio direito, epigástrico e hipogástrico. Sinal de Murphy positivo e Giordano positivo, bilateralmente. A TC de admissão revelou duas lesões hepáticas hipodensas, sugerindo hemangiomas ou implantes secundários. Foi então iniciada a

investigação para foco neoplásico, cujos resultados não evidenciaram presença de neoplasia. Paciente evoluiu com queda importante do estado geral, prostração, diminuição da diurese, piora do quadro álgico, dispneia, permanência da dor abdominal difusa. Foi iniciada antibioticoterapia empírica com Metronidazol 400 mg, 8/8 horas EV e Tazocin, 4,5 g 12/12 horas, sem melhora. O diagnóstico só foi possível através da RNM de abdome, que sugeriu aspecto compatível com múltiplos abscessos hepáticos. A paciente foi então submetida à drenagem percutânea dos abscessos e reiniciada antibioticoterapia com Metronidazol.

**Resultados:** O caso mostrou a importância da drenagem cirúrgica concomitante à antibioticoterapia para o sucesso terapêutico, pois apesar de o tratamento farmacológico empírico ter sido inicialmente estabelecido de forma correta, a não drenagem dos abscessos impediu a recuperação da paciente, nesse primeiro momento. A agilidade no diagnóstico também mostrou sua relevância, uma vez que o seu atraso, aliado ao deficiente estado geral e idade avançada da paciente, foram decisivos no fracasso terapêutico, que culminou com o óbito ainda em vigência da internação hospitalar.

**Conclusões:** A grande variedade de formas de apresentação dos sintomas iniciais do abscesso hepático piogênico é o principal desafio no diagnóstico dessa entidade. Apesar de pouco frequente, sua relevância reside na ocorrência de altas taxas de mortalidade, associadas ao não tratamento ou ao tratamento inadequado. Dessa maneira, o abscesso hepático, de qualquer etiologia, deve sempre fazer parte do diagnóstico diferencial da dor abdominal na emergência, quando acompanhada de acometimento sistêmico e queda do estado geral. A gravidade e a alta taxa de letalidade dessa entidade requerem que seja premente sua pronta exclusão na vigência de um processo infeccioso sistêmico de origem abdominal, com vistas a um desfecho favorável da evolução clínica.

**Palavras-chave:** Abscesso hepático; lesão hepática; dor abdominal.

## REFERÊNCIAS

GRANATO, M. F. *et al.* Abscesso hepático de origem hematogênica em paciente com febre de origem indeterminada. **Rev Paul Pediatr**, v. 30, n. 3, p. 438-442, 2012.



LONGO, D. L. et al. **Medicina interna de Harrison**. [tradução: FONSECA, A. V. et al.; revisão técnica: FONSECA, A. L. et al]. 18. ed., Porto Alegre: AMGH, 2013.

PINTO, E.; SOUSA, M.; COSTA A.: Abscessos hepáticos piogênicos: a perspectiva do radiologista de intervenção. **Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca**, v. 1, n. 1, p. 27-33, 2013.

[fsodero@gmail.com](mailto:fsodero@gmail.com)



## HUMANIDADES EM MEDICINA: UMA ALIANÇA NECESSÁRIA

*Alandra Cunha e Oliveira; André da Silva Carvalho; Bernardo Barbosa Marchito;  
Henrique Tadeu de Almeida; Hudson Rodriguez Costa; Letícia Martins Guedes;  
Maria Teresa Nunzio Oliveira; Raphael Estefan Ribeiro; Lilian Regina Telles Faro;  
Sonia Cardoso Moreira Garcia.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Hoje, a humanização em medicina é um desafio. A profissão passou por uma desumanização que começou a ser evidenciada na prática médica. Sua necessidade é demonstrada quando se faz uma análise das consequências que sua ausência causa, pelas reclamações dos clientes ao ato médico. Diante de problemas como: falha na organização do trabalho, condições de trabalho, mecanização da medicina, evolução tecnológica, que implicaram na deterioração da relação médico-paciente, fez-se necessária a implantação e o desenvolvimento de disciplinas que visam humanizar a medicina e o próprio médico, as Humanidades Médicas.

**Objetivos:** Este trabalho visa discutir a importância e a necessidade da aplicabilidade das humanidades no curso de graduação em medicina e a formação da condição humana do médico, do caráter humanitário da sua profissão, da componente humanística da sua preparação e do caráter humanístico da sua orientação filosófica.

**Metodologia:** Para a revisão de literatura proposta, serão levantados os mais recentes artigos sobre o tema, nas bases de dados Scielo e Ministério da Educação, e serão utilizados capítulos de livros disponíveis na Biblioteca Central do UniFOA.

**Discussão:** Percebe-se, por certo, uma valorização excessiva da tecnologia em detrimento de outras dimensões intersubjetivas. Assim, é fundamental uma mudança curricular como a Medicina Integral, que visa tratar o paciente como um todo e exclui a visão limitada ao escopo biológico.

**Conclusão:** Com o trabalho, percebemos que, dos médicos, espera-se algumas características que, apesar de parecerem naturais do indivíduo, podem ser aprendidas e desenvolvidas. Dentre elas, destacam-se: respeito pelas pessoas, decisão, objetividade, adaptabilidade, sensibilidade, generosidade, discrição,





curiosidade, responsabilidade, dedicação, compreensão, conhecimentos, afetos, experiências suficientes para ação, comunicação adequada, intuição para reconhecer aquilo que vai além do que aparece como concreto e visível, empatia, respeito e tolerância.

**Palavras-chave:** Humanidades; humanização; desumanização; medicina; educação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina**. Disponível em: [http://www.abem-educmed.org.br/cne\\_minuta\\_resolucao.htm](http://www.abem-educmed.org.br/cne_minuta_resolucao.htm). Acessado em 13 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. **Caderno do Ministério da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saude Publica**, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

RIOS, I. C., SCHRAIBER, L. B. **Humanização e humanidades em medicina**. São Paulo: Editora Unesp: 2012.

GOMES, A. M. A.; CAPRARA, A.; LADIM, L. O. P.; VASCONCELOS, M. G. F. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária a saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014). Acesso em: 13 abr. 2015.



## SUPLEMENTOS ALIMENTARES: MITOS E VERDADES

*Ana Cláudia Baylão; Ana Luiza do Paço Baylão; Bárbara Ferreira;  
Guilherme Furtado Cunha; Natalia Simões; Thaianne Freitas;  
Carlos Alberto Lacerda Pinto; Miguel de Lemos Neto.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** Na sociedade contemporânea, o culto ao corpo, a busca da saúde perfeita e controle do envelhecimento tornaram-se elementos culturais, ditando padrões de beleza e comportamento, como a prática esportiva, com buscas de resultados estéticos e consumo de substâncias que auxiliem nesse processo. (IRIART; CHAVES; ORLEANS, 2009). A suplementação nutricional consiste na ingestão de um nutriente, no momento exato, com objetivos definidos. (SILVEIRA; LISBOA; SOUZA, 2011.) Os suplementos podem ser vitaminas, minerais, ervas, aminoácidos, metabólicos, constituintes, extratos ou combinações dessas substâncias. (ANDRADE et. al., 2012).

**Objetivos:** Explorar o tema através da análise de entrevista direta realizada com o Dr. Hélio Ventura, especialista em Medicina do Exercício e Medicina Ortomolecular, destacando também o que há de mais recente na literatura, no que se refere à suplementação dietética.

**Método:** Análise de entrevista direta com metabologista Dr. Hélio Ventura, embasada em artigos recentes encontrados nas bases de dados Scielo e BVS.

**Resultados:** Segundo o Dr. Hélio Ventura, a suplementação é uma forma de otimizar as quantidades ou a velocidade de absorção de alguns nutrientes. Então, é sempre interessante, desde que bem planejada, para a *performance*, recuperação ou colocar o atleta numa composição corporal adequada à atividade a qual ele se propõe. Para as pessoas que não praticam esporte, pode ser utilizada, mas sempre com algum objetivo, como emagrecer ou suprir algum nutriente, por exemplo, podendo-se indicar em casos específicos, quando queremos um determinado resultado. O metabologista enfatiza que há critérios para se estabelecer a relação idade mínima/máxima X suplementação, como, por exemplo, uma criança com anemia que deve ingerir composto de ferro, o que é, tecnicamente, uma suplementação. Da mesma forma, há critérios para suplementação, dependendo do



sexo, do esporte praticado, da composição corporal, entre outros. Outro cuidado a ser tomado é em relação aos exames complementares antes da prescrição da suplementação. Normalmente, solicita-se hemograma, provas de função renal e hepática, ureia e creatinina; status lipídico, colesterol, lipídios, apoproteína também são sempre avaliados. Pode-se solicitar avaliação de alguns hormônios, dependendo do atleta e da idade, hormônios sexuais e da tireoide. Exames ortomoleculares para avaliação do status mineral normalmente são secundários, são mais um tipo de exame, não a base do tratamento. Ressalta-se, também, que, infelizmente, o custo da suplementação é um dos fatores limitantes do tratamento, entretanto, dependendo do objetivo, isso não é impeditivo para a maioria das pessoas. Vale registrar, também, que alguns suplementos podem causar efeitos colaterais. Segundo o Dr. Hélio Ventura, por questões filosóficas e de marketing, não se deve usar substâncias proibidas, como os anabolizantes, pois podem causar várias complicações.

**Conclusão:** Atualmente, o uso de suplementos está difundido no Brasil, sendo consumidos, em muitos casos, sem orientação profissional adequada. Desse modo, cresce a necessidade de difundir o conhecimento científico acerca das principais indicações, efeitos desejados e adversos e a importância da busca da orientação profissional no uso desses produtos.

**Palavras-chave:** Suplementos; medicina.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. A. et al. Consumo de suplementos alimentares por clientes de uma clínica de nutrição esportiva de São Paulo. **R. bras. Ci. e Mov**, v. 20, n. 3, p. 27-36, 2012.

IRIART, J. A. B.; CHAVES, J. C.; ORLEANS, R. G. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 773-782, 2009.

SILVEIRA, D. F.; LISBOA, S. D.; SOUZA, S. Q. O consumo de suplementos alimentares em academias de ginástica na cidade de Brasília-DF. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**. São Paulo, v. 5, n. 25, p. 5-13, 2011.



## A INFLUÊNCIA DO TEOR DE CAFEÍNA DAS BEBIDAS ENERGÉTICAS SOBRE A PRESSÃO ARTERIAL

*Joanna Calmeto Guedes; Lara Thauana Guimarães Pena;  
Henrique Tadeu de Almeida; João Ozório Rodrigues Neto.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** As bebidas energéticas são utilizadas com o intuito de reduzir o sono e a fadiga. Essa utilização se deve ao fato de essas bebidas apresentarem cafeína em sua composição. A cafeína é uma substância capaz de excitar o sistema nervoso central e, por isso, está presente nesse tipo de produto, uma vez que eles têm como objetivos manter o usuário em estado de alerta e de concentração. Por esse motivo, essas bebidas inibem o sono e diminuem a sensação de cansaço e de fadiga (IANUSKIEWITZ, 2003; ALTIMARI, 2006). Por provocarem diversos efeitos, esses produtos devem ser evitados por pessoas que apresentam cardiopatias, hipertensão, problemas psiquiátricos, diabéticos e pessoas que têm insônia. Além dessas pessoas, os demais indivíduos devem evitar o uso “abusivo”, uma vez que elas são capazes de estimular o sistema nervoso central, podendo o uso por longo tempo e com alta frequência, causar alterações nos tecidos do organismo (LIMA et al., 2010).

**Objetivos:** Fazer um levantamento através de revisão literária sobre a influência do teor de cafeína encontrado em bebidas energéticas sobre a pressão arterial de indivíduos adultos.

**Metodologia:** Para a revisão de literatura proposta, serão levantados os mais recentes artigos sobre o tema nas bases de dado Pubmed-Medline, Scielo e BBO, e serão utilizados capítulos de livros disponíveis na Biblioteca Central do UniFOA. O estudo se baseará na utilização dos unitermos: cafeína, bebidas energéticas e pressão arterial.

**Discussão:** A toxicidade e os efeitos adversos da cafeína ainda são bastante estudados. Acredita-se que a dose letal da cafeína é entre 5 a 10g para um adulto, sendo sua concentração plasmática superior a 50 µg/ml (KERRIGAN, 2005). Grobbee (1991), afirmou que o consumo diário de cafeína não deve ultrapassar 250mg/dia, para não acarretar problemas cardiovasculares. Em 2000, Cavalcante et

al. informaram que a cafeína é um estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC) por competir com a adenosina pelos receptores A1 e A2, e que o cérebro possui um maior número de receptores A1. Souza e Sichieri (2005) reforçaram a afirmação de Cavalcante, acrescentando que essa excitabilidade do SNC causada pela cafeína, se deve ao aumento da liberação de noradrenalina, dopamina, GABA e glutamato. Griffiths (2003) registra que a cafeína penetra na corrente sanguínea e, em pouco tempo, atinge o córtex cerebral, onde exerce seus efeitos. Os primeiros efeitos a serem observados são a diminuição do sono e da sensação de fadiga. Abordando a relação da cafeína com o Sistema Cardiovascular, Astrup et al. (1990) relataram que essa substância causa efeitos como o aumento da frequência cardíaca, podendo, em alguns casos, causar a sensação de palpitação. Ela também pode causar um aumento na pressão sanguínea, juntamente com uma vasodilatação periférica e cerebral, segundo Cavalcante et al. (2000), por inibir os receptores A2 da adenosina e, conseqüentemente, um aumento no fluxo de sangue para os tecidos, incluindo as coronárias. Mas contrariando os efeitos negativos da cafeína, Lima et al. (2010) apresentaram estudos sobre sua ação antioxidante, sendo um fator de potencial proteção para o organismo, podendo ser recomendado o seu consumo moderado. Sobre a influência da cafeína na pressão arterial, Cavalcante et al. (2000) realizaram um estudo em jovens. Nesse estudo, foi observado que, durante a administração da cafeína, não houve aumento significativo da pressão sistólica e a diastólica elevou na fase aguda, normalizando na fase crônica. Na literatura, foram encontradas opiniões diametralmente opostas sobre a ação da cafeína na resistência vascular periférica. Algumas pesquisas demonstraram que o aumento da resistência vascular periférica está diretamente relacionado aos efeitos da cafeína no sistema nervoso central e, em menor grau, na ação direta da cafeína sobre a árvore arterial. Porém, pessoas com falência autonômica apresentaram um aumento da resistência vascular periférica significativa devido à ação periférica da cafeína. Essa dualidade de opiniões se deve ao fato da cafeína bloquear receptores A1 no sistema nervoso, o qual estimula a liberação de substâncias vasoconstritoras (LIMA et al. 2010).

**Conclusão:** Diante de todo exposto acima, podemos afirmar com certa margem de segurança que a cafeína tem subsídios para agravar alguns fatores de risco cardiovascular, em razão dos seus efeitos fisiológicos descritos. Assim, nos valendo



de certa dose de precaução, é prudente a recomendação aos portadores de doenças com mecanismos fisiopatológicos desencadeantes de uma elevação da pressão arterial que façam uso da cafeína com parcimônia, para que evite sabores não desejados.

**Palavras-chave:** Cafeína; pressão arterial; bebidas energéticas.

## REFERÊNCIAS

ALTIMARI, L. R. et al.. Cafeína e performance em exercícios anaeróbios. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar/2006.

ASTRUP, A. et al.. Caffeine: a double-blind, placebo-controlled study of its thermogenic, metabolic, and cardiovascular effects in healthy volunteers. **Am J Clin Nutr**, v. 51, n. 5, p. 759-67, 1990.

BALLONE, G. J. (2005). **CAFEÍNA**. PsiquWeb: Farmacologia. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/farmacologia/cafeina.html>> Acesso dia 15 de setembro de 2013.

BENSENOR, I. M.; ATTA, J. A.; MARTINS, M. de A.. **Semiologia Clínica: sintomas gerais; sintomas e sinais específicos; dor; insuficiências**. São Paulo: Sarvier, p. 30, 2002.

BRASIL. **Resolução RDC nº 273, de 22 de setembro de 2005**. Dispõe sobre o regulamento técnico para misturas para o preparo de alimentos e alimentos prontos para o consumo. Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Brasília, DF, seção 1, n. 184, p. 375-376, 2005.

[joannacalmeto@gmail.com](mailto:joannacalmeto@gmail.com)





## SALA DE ESPERA: UM LUGAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

*Lara Thauana Guimaraes Pena; Laura Loureiro Guimaraes; Leonardo Vidal Cler;  
Rafael Langoni Linares; Vinicius Gomes Pereira; Lilian Regina Telles Faro;  
Bruna Casiraghi Pançardes.*

UniFOA – Centro Universitario de Volta Redonda.

**Introdução:** Entende-se o território da sala de espera como um local público de livre trânsito dos clientes do sistema de saúde que aguardam o atendimento por um profissional, principalmente em Unidades Básicas de Saúde da Família, apesar de existir também em outros locais, como hospitais. Sendo assim, a sala de espera não é um espaço voltado para o profissional de saúde, sendo um local onde pacientes conversam e trocam experiências. Apesar disso, os pacientes instalados na sala de espera não se constituem, prioritariamente, em um grupo, mas sim em um agrupamento (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997). No entanto, quando um profissional passa a utilizar esse espaço como local de educação em saúde, tais pacientes passam a constituir um grupo através da iniciativa dos expositores (TEIXEIRA; VELOSO, 2006). Logo, grupos em salas de espera são uma forma de guiar a troca de experiências e vivências entre pacientes, de educação de doentes e familiares sobre suas condições, de instituição de medidas preventivas, entre outras possibilidades. A ação do profissional de saúde nesse local visa à combinação de ciências humanas e biológicas na promoção da saúde e prevenção de doenças, através da educação dos pacientes e familiares, para proporcionar maior humanização do atendimento nas instituições de saúde e para promover a expansão da ação dos pacientes sobre a vida de outros na sociedade (NORA; MÂNICA; GERMANI, 2009).

**Objetivos:** Proporcionar um conhecimento mais aprofundado sobre o tema; educar de forma interdisciplinar os profissionais atuantes na área; reunir uma base bibliográfica para: proporcionar promoção e prevenção na área da saúde e; aumentar a adesão aos tratamentos propostos pelos médicos.

**Metodologia:** O estudo foi realizado visando à pesquisa das interrelações presentes entre o ambiente da sala de espera e os métodos utilizados para efetivar a educação em saúde. Para tal método, foi utilizada a pesquisa e leitura de diversos artigos que



estão interligados ao tema acima mencionado. O intervalo de estudo dos artigos foi a partir de 1999. Para garantir a qualidade e a relevância das análises e comparações a serem feitas, foi decidido restringir a coleta a periódicos possuidores de Qualis superior a B, de acordo com a análise da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Após a busca e seleção dos artigos, os mesmos foram organizados, utilizando-se o Método de Bolonha.

**Desenvolvimento:** A sala de espera foi explorada com o intuito de promover a saúde por diversas modalidades profissionais, muitas vezes, em conjuntos multiprofissionais. Independente da modalidade que o artigo revisado se atrela, todos que relatam experiências em sala de espera têm como função promover a saúde, seja pela prevenção, que consiste, na maioria dos casos, pela educação em saúde (informações sobre os cuidados para se ter com determinadas doenças e suas comorbidades, ensinando profilaxias) ou realizando uma função que facilita o tratamento, a adesão, o relacionamento entre o médico ou profissional de saúde e o paciente, promovendo a união entre o profissional de saúde e o paciente, reduzindo a distância que antes havia entre eles. Os trabalhos em sala de espera, sejam eles para prevenção ou para promoção propriamente dita, têm, como meio de ação, mecanismos que não envolvem a interação entre o profissional e o paciente, a troca de informações ou que requerem essa interação e a tem como premissa básica. Em todas as áreas, o objetivo principal é realizar medidas que promovam saúde aos pacientes através de diversas formas.

**Conclusão:** A sala de espera é um local de aproximação dos pacientes com os profissionais de saúde. O tempo ocioso pode ser utilizado para estreitar a relação das pessoas que estão esperando com a situação em que se encontram, podendo compartilhar relatos e ouvir histórias que se aproximam da sua realidade. A empatia gerada por essa ação pode promover mais confiança dos pacientes com o profissional de saúde e com si próprio, ao se tornar mais afirmativo e ativo em sua conduta com o tratamento desenvolvido. Tais benefícios podem ser ampliados com adesão e participação do médico ao programa, dada a maior compreensão da realidade dos participantes, facilitando, assim, o exercício da empatia, essencial para relação médico paciente.

**Palavras-chave:** Sala de espera; promoção de saúde; prevenção de saúde.



## REFERÊNCIAS

ANTONOVSKY, A. **Health, stress and coping**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1979.

ASSIS, M.; PACHECO, L.; MENEZES, M.; Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ **O Mundo Da Saúde São Paulo**, v. 31 n. 3, p. 438-47, 2007.

BARBOSA, J. G.; et al. Grupo de sala de espera em ambulatório de ansiedade: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, 2008.

BEZERRA, E. P.; ARAÚJO, M. F. M.; BARROSO, M. G. T. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: Narrativas em uma área de espera. **Revista René. Fortaleza**, v. 8, n. 1, p. 18-25, 2007.

[larathauana@hotmail.com](mailto:larathauana@hotmail.com)



## RELATO DE CASO CLÍNICO: SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

*Antônio Guilherme do Paço Baylão; Flávia Cúgola Afonso; Elder Machado Sarmiento; Guilherme Furtado Cunha; Rayana Uchôa de Almeida Carvalho.*

Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda (ECMVR/FOA – UniFOA)  
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa (SCMBM)

**Introdução:** Descrita inicialmente por Landry (1859) e, posteriormente, pelos neurologistas franceses, Guillain e Barré (1916), foi definida como uma Síndrome de Paralisia Flácida Aguda, em geral pós–eventos infecciosos mediados por autoanticorpos expressos a partir de uma resposta imune aumentada a determinado antígeno, ocasionalmente de etiologia viral, desencadeando pós 2-4 semanas do evento infeccioso ou imunológico, uma paralisia flácida aguda, ascendente e progressiva, o que é evidenciado em cerca de 75% das crianças e adolescentes (TENG & KENNETH et al., 2012). A pesquisa de nossos brilhantes neurologistas evidenciou nos líquidos cefalorraquidianos (LCR) dos pacientes com a suposta síndrome, um achado laboratorial importante, que é a dissociação albuminocitológica presente em cerca de 50% dos pacientes na primeira semana, mas com uma percentagem de ser evidenciada em 75% destes, na terceira semana sintomática dessa Polineuropatia Aguda, Inflamatória e Desmielinizante (PAID/ AIDP), que é a Síndrome de Guillain–Barré (YUKI & HARTUNG, NEJM, 2012). Por fim, a doença apresenta incidência maior na população ocidental, variando de 0,89 a 1,89 casos para cada 100 mil pessoas ao ano, com média de 1,11 casos, bem como aumento de 20% na incidência desta em cada 10 anos, a partir da primeira década de vida, isto é, jovens têm uma probabilidade maior de desenvolver a PAID pós–eventos infecciosos e/ ou imunes, bem como há uma predileção de acometimento do sexo masculino sobre o feminino (YUKI & HARTUNG, NEJM, 2012).

**Objetivos:** O presente trabalho tem por objetivos gerais evidenciar que a Síndrome de Guillain–Barré não é tão rara quanto pensávamos ser, especialmente quando evidenciamos os dados epidemiológicos, isto é, um aumento em 10% a probabilidade desenvolver a PAID, 10 anos a partir da primeira década de vida. A despeito disso, especificamente, objetivamos elucidar as novas modalidades terapêuticas aventadas ao manejo da PAID, mas com resultados preliminares que

não alteraram tempo de resposta terapêutica e/ ou desfecho desta, são eles: Pulsoterapia com corticosteróides, Eculizumab, EPO, Micofenolato de Mofetila,  $\gamma$ -Interferon e Fasudil (YUKI & HARTUNG, NEJM, 2012).

**Relato de Caso:** Paciente de 17 anos, masculino, negro, natural, procedente e residente em São Paulo (SP), solteiro, estudante, evangélico, admitido no Pronto-socorro do Instituto de Infectologia “*Emílio Ribas*” (PS-IIER), previamente hígido, com queixa de fraqueza em MMII, há 9 dias, que iniciou 3 dias pós melhora clínica de quadro diarreico líquido, sem produtos patológicos, com frequência de 4 episódios diários, por 2 dias, ao início do mês de maio, referindo que, após esse quadro clínico, iniciou quadro de fraqueza em MSE, acometendo sequencialmente, os quatro membros. Permaneceu internado em outro serviço por 6 dias, tendo sido, então, transferido ao Instituto de Infectologia “*Emílio Ribas*” (IIER). Refere vacinação em dia (não portava cartão vacinal), relatando varicela nos primeiros anos de vida e quadros virais sazonais, afirmando comparecimento às campanhas de vacinação durante infância. Apesar disso, refere pais hígidos, irmão com distúrbio neurológico e outro recentemente vacinado para Poliomielite em creche os últimos dois meses (não soube precisar a data). Relata ser ativo previamente, nega uso de drogas ilícitas e/ ou medicações, possui tatuagem. Exame clínico: REG, corado, hidratado, eupneico, acianótico, anictérico, afebril, com descamação leve em face e ausência de linfadenomegalias palpáveis. ACV: RCR 2T SSEE, boa perfusão periférica (TEC < 3s), sem edemas. AR: MVUA, sem RA, expansibilidade preservada. Abdome: plano, flácido, indolor, sem VCMG. Neurológico: LOTE, fala e sensibilidade preservadas, Arreflexia nos 4 membros, Força Grau 0, Motricidade em face, pescoço e musculatura respiratória preservadas. Aventadas hipóteses diagnósticas, exames complementares e condutas terapêuticas realizadas.

**Conclusão:** Em suma, apesar da virulência da Síndrome de Guillain–Barré, uma vez feito o diagnóstico e instituídas as medidas de suporte hemodinâmico e ventilatório necessárias, em conjunto com a principal recomendação terapêutica de neutralização dos autoanticorpos expressados pós-evento infeccioso e/ ou imune, a Imunoglobulina endovenosa por, no mínimo 5 dias, os trabalhos têm mostrado taxa de cura clínica e sobrevida significantes.

**Palavras-chave:** PAID; infecção; autoanticorpos; dissociação albuminocitológica.



## REFERÊNCIAS

CRUSE, R. P. DO. Overview of Guillain-Barré Syndrome in children. **Up to Date**; February, 1<sup>st</sup>, 2013;

\_\_\_\_\_. Treatment of Guillain-Barré Syndrome in children. **Up to Date**. July, 2013;

TENGI; KENNETH, E.T. AL. Guillain-Barré Syndrome in children. **Medlink Neurology**. November, 1<sup>st</sup>, 2012;

YUKI; HARTUNG. Guillain-Barré Syndrome. Review Article, Medical Progress; **NEJM**; 2012, 366:2294-304.

[antonio.medfoa@yahoo.com](mailto:antonio.medfoa@yahoo.com)

## TRATAMENTOS E ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA DO PACIENTE AMPUTADO COM SÍNDROME DO MEMBRO FANTASMA

*Mariane Paiva Rangel; Rodrigo César Carvalho Freitas.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** No século XVI, na França, o membro fantasma foi percebido e descrito, pela primeira vez, pelo médico e cirurgião Ambroise Paré, como a alucinação de que um membro ausente estaria presente<sup>1</sup>. Hoje, a sensação de membro fantasma é qualquer tipo de sensibilidade em um membro inexistente, com características semelhantes às do membro real e se manifesta quando há amputação de um membro ou remoção cirúrgica de um órgão, como mama, pênis, dente e outros, em lesões de plexo braquial ou quando o paciente se torna tetraplégico. A Síndrome do Membro Fantasma (SdMF) compreende: dor residual no coto, localizada na extremidade da amputação; sensação do membro fantasma, que é qualquer sensação no membro perdido, menos a dor; e a Dor no Membro Fantasma (DMF), definida como a sensação dolorosa no membro perdido. Um fantasma pode aparecer apenas como sensações de ações normais de um membro real, que são sequelas muito comuns da amputação, atingindo até 98% dos pacientes; porém, um caráter patológico pode se desenvolver e causar paralisia, deformação ou dor torturante nesse membro, a qual tem uma incidência de 80%. Há diversos estímulos internos e externos que podem modular a DMF. Dentre os fatores agravantes, temos a atenção, a emoção, o toque ou pressão no coto, a mudança de temperatura, reflexos autônomos e dor de outra origem. Já entre os fatores de alívio, foram referidos o descanso e a distração, além de movimentos, percussão ou massagem do coto. O uso de prótese, no entanto, é tanto um fator agravante quanto de alívio, o que varia de paciente para paciente. Sendo assim, a DMF é um resultado não de um único evento, mas da interação de vários efeitos neuronais desencadeados por fatores psíquicos e fisiológicos, sendo as alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) o principal mecanismo envolvido nesse fenômeno, além de mecanismos periféricos também importantes.



**Objetivos:** Relacionar a plasticidade neural e as reorganizações córticossensoriais no SNC com a SdMF em pacientes com membros amputados e esclarecer possíveis dúvidas em relação ao tema.

**Metodologia:** Foram coletados artigos nas bases de dados Scielo e Science Direct, na revista virtual Ciências & Cognição e mais informações em livros relevantes sobre o assunto.

**Discussão:** Alguns autores afirmam que, dentre os 80% dos pacientes que desenvolvem a DMF, 75% a 85% percebem-na imediatamente após a remoção do membro. Outros acreditam que apenas 50% sentem dor nas primeiras 24 horas e 60% a 70% um ano mais tarde<sup>4</sup>. Apesar dessa diferença, percebe-se que todos alegam que a maioria dos amputados desenvolverá a dor em algum momento. A SdMF e, especialmente, a DMF não se apresentam uniformemente em todos os casos. Há variações de qualidade e de intensidade da dor para cada paciente individualmente, sendo influenciada pelo modo como ocorreu a perda do membro e como isso foi conduzido posteriormente, tanto em âmbito psicológico como neurofisiológico. Dentre as diferentes formas de aparecimento da DMF, foram referidas dor em pontada, aperto, pulsante, queimação e câimbra na extremidade do membro fantasma, assim como coceira, formigamento, choques e disparos. Os resultados de tratamentos e de prevenção da DMF ainda são inconsistentes e sem comprovação científica. Entretanto, há terapias e medicamentos utilizados para redução da dor, como o método do espelho desenvolvido por Ramachandran, a acupuntura, o uso de opioides e de antidepressivos tricíclicos, como o cloridrato de amitriptilina, que possui efeitos comprovados no tratamento da dor, especialmente da dor neuropática e, portanto, poderia apresentar efeitos positivos na supressão da incidência da DMF ou na atenuação de sua intensidade se utilizada como terapia preventiva perioperatória. A terapia do espelho, por sua vez, tem se mostrado bastante eficiente, com resultados rápidos e baixo custo financeiro, necessitando apenas de uma caixa e de um espelho para estimular o cérebro a reorganizar o centro de imagem corporal, pois acredita-se que ocorrem reorganizações rápidas dessa imagem no córtex sensorial, em menos de 48 horas após a amputação, o que talvez seja a causa do surgimento do fantasma, que se mantém devido a uma paralisia aprendida. Essa paralisia é desaprendida pelo *feedback* visual transmitido ao cérebro pela imagem do movimento do membro fantasma refletido no espelho.





**Conclusão:** O conhecimento a respeito da DMF ainda é muito limitado, portanto faz-se necessário ampliar e aprofundar os estudos sobre o tema, a fim de entender a origem da dor e assim definir um tratamento mais eficaz e, talvez, até a cura para a SdMF, em geral.

**Palavras-chave:** Membro-fantasma; “phantom limb”; sensação do membro fantasma; reorganização funcional cortical; síndrome do membro fantasma.

## REFERÊNCIAS

BARROS, D. D. **Imagem corporal:** a descoberta de si mesmo. Goiânia: [s.n.], 2004.

CONCEIÇÃO, M. I. G.; GIMENES, L. S. Uso de biofeedback em paciente tetraplégica com sensação de membro fantasma. **Interação em Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 123-8, 2004.

NIKOLAJSEN, L.; JENSEN, T. S. Phantom limb pain. **Br J Anaesth**, v. 87, n. 1, p. 107-16, 2001.

RAMACHANDRAN, V. S.; HIRSTEIN, W. The perception of phantom limbs. **Brain**, v. 121, p. 1603-30, 1998.

ROHLFS, A.; ZAZÁ, L. Dor fantasma. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em:  
<<http://www.icb.ufmg.br/neurofib/NeuroMed/Seminario/DorFantasma/f6.htm>> Acesso em: 15 mar. 2014.

[marirangel29@yahoo.com.br](mailto:marirangel29@yahoo.com.br)



## INDICAÇÕES DO USO DE GLICOCORTICOIDES NA SEPSE GRAVE E NO CHOQUE SÉPTICO: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS

*Camila de Fátima de Moraes Ferreira; Jurema Nunes Mello.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O choque séptico é um assunto de extrema relevância, visto que, além de sua incidência ser alta nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sua taxa de mortalidade chega em torno de 50%. O uso de glicocorticoides no caso de choque séptico, apesar de mais de 5 décadas de estudos, ainda mantém-se controverso, pois não se tem estudos com altos níveis de evidência, que comprovem sua efetividade. Através de uma revisão bibliográfica de caráter quantitativo, foi feita a pesquisa com o objetivo de mostrar o uso dos glicocorticoides na sua linha do tempo, pontuar efeitos deletérios decorrentes do uso dessa terapêutica e descrever seu uso de acordo com o consenso atual.

**Objetivo:** Estudar o mecanismo fisiopatológico da sepse grave e do choque séptico, o uso dos glicocorticóides na sepse, na linha do tempo, seus possíveis efeitos terapêuticos, seus possíveis efeitos deletérios e o consenso atual sobre o seu uso na sepse grave e no choque séptico.

**Metodologia:** Revisão bibliográfica, de caráter quantitativo, construída a partir de artigos pesquisados na base de dados Lilacs, Scielo, Pubmed e Google acadêmico, no período de 2002 a 2014.

**Resultados:** No âmbito da sepse grave e do choque séptico, ainda permanecem questões relativas à dose e duração ideais do tratamento, modo de retirada da droga e impacto na mortalidade a curto e médio prazo. Por isso, se fazem necessários mais estudos, melhor delineados, para comprovar se há benefício com o uso do glicocorticoide em relação à mortalidade, já que existem divergências nos estudos feitos até hoje, como também para verificar se há indicação do seu uso nos casos de sepse grave, sem choque, principalmente de origem comunitária. Além disso, através desses estudos, determinar qual glicocorticoide é melhor, em que dosagem, quando iniciá-lo, por quanto tempo mantê-lo e o modo de interrupção, abrupto ou gradual.



**Discussão:** Em 2004, foi criado um comitê internacional, do qual, atualmente, o Brasil é participante, denominado *Surviving Sepsis Campaign*. Formado por 68 especialistas representando 30 organizações internacionais, sua função principal reside em fornecer diretrizes atualizadas para tratamento da sepse grave e do choque séptico. O correto a afirmar, com os estudos atualmente disponíveis, é que a indicação do uso de glicocorticoide varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com a gravidade do quadro clínico e o risco de efeitos deletérios que a administração do corticoide proporciona.

**Conclusão:** Apesar de alguns estudos sobre esse assunto terem sido feitos, ainda não se tem nenhum resultado concreto a respeito do uso de baixas doses de glicocorticoides no choque séptico. Sabe-se que não se deve utilizar altas doses do fármaco, pois está relacionado a um pior prognóstico. Tem se feito alguns estudos com relação a utilização de baixas doses, porém não se tem fundamentação real da redução da mortalidade, já que alguns comprovam a redução, outros concluem que não teve modificação comparado aos pacientes que não fizeram o uso dos glicocorticoides. O único *guideline* que coloca determinadas situações em que se deve utilizar ou não o glicocorticoide na sepse grave e no choque séptico é o *Surviving Sepsis Campaign*, de 2012. Portanto, é necessário um maior número de estudos referentes ao uso de baixas doses de glicocorticoide, para que seja comprovado ou não sua utilidade, na mortalidade, na quantidade de vasopressor que seria utilizada e, além disso, de como deveria ser feita essa terapêutica, com relação à dose, efeitos colaterais, tempo de duração e modo de interrupção.

**Palavras-Chave:** Glicocorticoides; choque séptico; sepse grav; insuficiência adrenal.

## REFERÊNCIAS

- NGUYEN, H. *et al.* Severe sepsis and septic shock: review of the literature and emergency department management guidelines. **Annals of emergency medicine**, v. 48, n. 1, p. 28-54, jul. 2006. Acesso em Outubro de 2013.
- PATEL, P. *et al.* Systemic Steroids in severe sepsis and septic shock. **American Journal of Respiratory and Critical Care**, v.185, n.2, p.133-139, jan. 2012. Acesso em Novembro de 2013.
- ZAVARIZ, S. *et al.* Marcadores laboratoriais do choque séptico. **Scientia Médica**, v. 16, n. 1, p. 29-36, jan. 2006. Acesso em: Outubro de 2013.

## PRINCIPAIS TIPOS DE RESISTÊNCIA BACTERIANA E OS TESTES LABORATORIAIS PARA SUA DETECÇÃO COMO AUXÍLIO NA PRÁTICA CLÍNICA

*Tássio Huguenin; Carlos Alberto Sanches Pereira*

UniFOA – Centro universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O conhecimento acerca da dinâmica microbiana desenvolveu-se expressivamente ao longo do século XX, com a identificação e a caracterização de muitos patógenos microbianos e seus mecanismos patogênicos. Por muito tempo, os antimicrobianos foram vistos como a solução milagrosa para as doenças infecciosas. Com o passar dos anos, o uso desenfreado de antimicrobianos resultou em um fenômeno conhecido e de importância para o cenário médico atual, a resistência. A resistência aos antimicrobianos é um grave problema de saúde pública, de grande amplitude médico-social. Assim, o uso controlado e cuidadoso para a prescrição de antimicrobianos deve ser a primeira linha de cuidado para evitar um agravamento do fenômeno das resistências.

**Objetivos:** Diante dos fatos, o presente trabalho tem como objetivo descrever os principais tipos de resistência bacteriana e os testes laboratoriais para sua detecção como auxílio na prática clínica.

**Metodologia:** Artigos científicos foram consultados em banco de dados com Scielo e Pubmed.

**Discussão:** Diversos métodos laboratoriais têm sido utilizados para a detecção de cepas resistentes de microrganismos. Dentre os principais, temos os que detectam cepas de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA). Alguns desses métodos baseiam-se em modificações na tentativa de aumentar a expressão da resistência à oxacilina, incluindo incubação a 33-35°C, ao invés de 37°C, incubação por 24 horas, ao invés de 16-18 horas, e adição de cloreto de sódio ao meio de cultura. Testes de susceptibilidade à oxacilina utilizados na rotina laboratorial incluem diluição em caldo, método do E-test®, ou teste de gradiente de difusão em agar, placa de screening com oxacilina, que baseia-se na inoculação das cepas isoladas em meio contendo oxacilina, meios cromogênicos, em que o crescimento de colônias com coloração específica permite a avaliação presuntiva não só da

espécie, como de susceptibilidade ao antimicrobiano e métodos automatizados. Para as cepas de *Staphylococcus aureus* com resistência intermediária aos glicopeptídeos (GISA), faz-se o teste fenotípico Ágar screen. Nesse teste, o cultivo deve ser realizado em Ágar BHI (Brain Heart Infusion) + aproximadamente 6µg/mL de vancomicina. Outro teste muito útil é o Teste D (Double Disk Diffusion) que é utilizado para analisar cepas possivelmente resistentes à Clindamicina. Cepas naturalmente resistentes à eritromicina são semeadas e colocados dois discos (teste de difusão dupla), um contendo clindamicina e outro contendo eritromicina. O teste D é largamente utilizado para detectar cepas que possuam o gene *erm*. Esse gene faz uma metilação na porção do 23S do RNAr, causando a modificação de sítio-alvo da droga. Assim, se aparecer um alo com o formato de D, então fica caracterizado a resistência à clindamicina. Com esse exemplo, podemos perceber que os testes têm a função primordial de guiar o médico frente à terapêutica e como as técnicas desenvolvidas visam mostrar aos profissionais uma realidade aproximada do comportamento metabólico dos diversos microrganismos.

**Conclusão:** O conhecimento sobre a terapêutica e os mecanismos que levam à resistência são ferramentas importantes para o médico na sua prática clínica. Porém, deve-se salientar que mesmo com o resultado em mãos, que vai indicar se o organismo é sensível, intermediário e resistente, não garante o sucesso da terapêutica, sendo indicativo que a atividade *in vivo* do antibiótico testado depende da capacidade do fármaco de atingir o local da infecção.

**Palavras-chave:** Microbiologia; resistência; antimicrobianos.

## REFERÊNCIAS

EGEA, P. et al. Assessment of the presence of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Escherichia coli* in egg shells and ready-to-eat products. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**. v. 30, p. 1045-1047, 2011.

FALAGAS, Matthew E. et al. Tetracyclines for multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* infections. **Jornal Of Antimicrobial Agentes**, [s.l.], v. 45, n. 5, p. 455-460, fev. 2015.

NORDMANN. P; POIREL, L. Strategies for identification of carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae*. **J. Antimicrob. Chemother**, v. 68, p. 487-489, 2013.



## SÍNDROME DE WILLIAMS

*Yolanda Fernandes Malta; Lais Maia Cezar; Leonardo Cambraia;  
Glenda Alves Pereira de Oliveira; Rafaela Nasraui Calçada;  
Rafaela Vieira Canettieri; Camila Molina da Silva.*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A Síndrome de Williams-Beuren (SWB), primeiramente descrita em 1961, é um distúrbio genético multissistêmico, com incidência entre 1:20.000 a 1:50.000 nascidos vivos. Essa doença apresenta caráter esporádico, porém há relatos de casos familiares de herança autossômica dominante. Acomete ambos os sexos em igual proporção, logo ao nascimento. Clinicamente, é caracterizada por múltiplas anomalias, neonatos com história de déficit pômdero-estatural, choro frequente, insônias e constipação intestinal associado a prolapso retal. O diagnóstico da SWB é realizado através do quadro clínico e confirmado pelo teste de FISH (Fluorescence in situ Hybridization). Essa síndrome é causada por uma microdeleção do cromossomo 7q11.23 que inclui o gene da elastina, entretanto genes adjacentes podem estar alterados, também, denominado um distúrbio de deleção de genes contíguos.

**Objetivo:** Descrever a Síndrome de Williams-Beuren, em seus aspectos clínicos, genéticos e diagnósticos.

**Metodologia:** Levantamento bibliográfico através do Pubmed, Scielo, Medline, Medstudent.

**Discussão:** Também conhecida como Síndrome de Williams-Beuren (SWB), em 1993, Ewart atribuiu sua etiologia a uma microdeleção dos genes contíguos no braço longo do cromossomo 7q11.23, onde 99% dos indivíduos com SW têm haploinsuficiência em 7q11, levando à perda do gene que codifica elastina. Sua ocorrência é esporádica na grande maioria das famílias, ou seja, ambos os pais são normais, apresentando um risco de recorrência de apenas 5%. Os indivíduos que possuem microdeleção na região crítica para SWB têm 50% de chance de transmitir a deleção para cada membro de sua prole. O diagnóstico clínico normalmente é realizado ainda na infância, quando os aspectos clínicos se tornam evidentes, sendo suficientes para fechar o diagnóstico. O método de FISH serve como confirmação



diagnóstica, encontrando pelo menos um dos marcadores em 90-95% nos casos clinicamente diagnosticados. O fenótipo dos pacientes portadores inclui características como: dismorfias faciais típicas; anormalidades cardiovasculares, destacando-se estenose aórtica supravalvular; alterações urinárias e gastrointestinais; perfil cognitivo e de personalidade ímpar; baixa estatura; retardo mental; anormalidades musculoesqueléticas; hipercalcemia idiopática; baixo peso ao nascer; puberdade antecipada e não precoce; além de anormalidades dentárias. Não existe tratamento e cura para a SW, pois é uma patologia com distúrbios multissistêmicos ocasionados por uma alteração cromossômica de microdeleção do cromossomo 7q11.23.

**Conclusão:** A SW é uma patologia com distúrbios multissistêmicos ocasionados por uma alteração cromossômica, portanto não há cura nem tratamento para tal. No entanto, é muito importante a identificação precoce por meio de análises cromossômicas logo na primeira infância, pois a prevenção e o tratamento de complicações terá fundamental influência no desenvolvimento cognitivo, comportamental, motor e na prevenção de doenças.

**Palavras-chave:** Síndrome de Williams-Beuren; síndrome de Williams; diagnóstico síndrome de Williams; FISH.

## REFERÊNCIAS

BORG, I.; DELHANTY, J.; BARAITSER, M., Detections of hemizigosity at the elastin locus by FISH analysis as a diagnostic test in both classical and atypical cases of Williams Syndrome. **Journal of Medical Genetics**, v. 32, n. 9, p. 692-696, 1995.

ROSSI, N. F.; FERREIRA, M. D.; GIACHETI, M. C. Genética e linguagem na síndrome de Williams-Beuren: uma condição neuro-cognitiva peculiar. **Pró-Fono Revista de atualização Científica**. Barueri, vol.18, n.3, Sept./Dec. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pd/rsdf/fv12n1.01.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2014.

SUGAYAMA, S. M. M. *et al.* William Syndrome: development of a new scoring system for clinical diagnosis. **Clinics**, v. 62, n. 2, p. 159-166.

TEIXEIRA, L. **Síndrome de Willams**: texto de apoio ao curso de especialização em atividade física adaptada e saúde. 2010.

[yolanda.malta@hotmail.com](mailto:yolanda.malta@hotmail.com)





## FEBRE CHIKUNGUNYA

*Anna Clara Belmudes Figueiredo; Carla Mendes Costa; Fernanda Bozzeda Meira;  
João Paulo Ferreira Rotondo; Lais Improta Ferreira; Leonardo Gomes Xisto;  
Mateus de Castro Honorato.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O nome Chikungunya deriva de uma palavra em Makonde, uma língua falada por um grupo que vive no sudeste da Tanzânia e norte de Moçambique, que significa "aqueles que se dobram", descrevendo a aparência encurvada de pessoas que sofrem com a artralgia característica. A Febre de Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya, da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*. Em relação a epidemiologia, a febre Chikungunya é endêmica, principalmente, na África subsaariana, sudeste asiático e áreas tropicais do subcontinente indiano. É uma doença de notificação compulsória e, por isso, casos suspeitos devem ser notificados imediatamente à vigilância epidemiológica do município. A transmissão da febre chikungunya se dá, basicamente, através da picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes Albopictus* que estão infectados pelo CHIKV.

**Objetivos:** O presente trabalho possui como objetivo compreender um pouco mais sobre a doença febre chikungunya, por ser uma nova doença no Brasil e, além disso, por possuir uma perspectiva dessa doença desenvolver uma epidemia no país, devido ao aumento de incidência de casos.

**Métodos:** O método de realização consiste em uma revisão da Cartilha do Ministério da Saúde e manejo clínico da febre chikungunya. Além desses, foram utilizados alguns artigos científicos sobre a doença.

**Discussão:** Em relação aos infectados pelo vírus chikungunya, aproximadamente, 15% desenvolvem uma infecção assintomática, já o restante, pode cursar com a doença em 3 fases: fase aguda, subaguda e crônica. A fase aguda é caracterizada, principalmente, pela presença de febre alta e uma intensa poliartralgia, entretanto existem outros sintomas menos específicos como: náuseas, cefaleia, exantema, mialgia, poliartrite. Possui uma duração de 3 a 10 dias e, passando esse período, ocorre a melhora do quadro geral do paciente, porém, caso ocorra uma reincidência dos sintomas, se instala a fase subaguda. A fase subaguda é caracterizada por

acometimento articular persistente ou agravado, tenossinovite hipertrófica, astenia, fadiga e sintomas depressivos. Pode persistir por até 3 meses e, caso os sintomas ultrapassem esses 3 meses de duração, estará instalada a fase crônica. Nessa fase, encontra-se acometimento articular persistente contendo: dor, podendo apresentar edema, limitações dos movimentos, deformidade e ausência de eritema; artrites e outros sintomas associados como: dor neuropática, bursite, turvação visual, cansaço e depressão. Pode ter uma duração de 1 a 3 anos. O principal diagnóstico diferencial a ser feito da febre chikungunya é a dengue. Na febre chikungunya, há uma poliartralgia mais intensa comparada com a dengue. Choque e algumas alterações hematológicas, como discrasias hemorrágicas, hematócritos elevados e plaquetopenia são observados com maior frequência na dengue. O diagnóstico de febre chikungunya é basicamente clínico e epidemiológico, porém podem ser utilizados alguns métodos laboratoriais como: isolamento viral, RT-PCR e sorologia - ELISA. Com relação ao tratamento, na fase aguda da doença, deve ser realizado repouso e uma ingestão abundante de líquidos, além de um tratamento sintomático com a utilização de antitérmico e anti-inflamatório não hormonal. Na fase subaguda e crônica, pode ser utilizado anti-inflamatório não hormonal ou corticosteroides. Em casos de artralgia intensa pode-se considerar o uso de opióides e essas recomendações medicamentosas devem ser associadas à fisioterapia. A utilização de ácido acetil salicílico não é recomendado.

**Conclusão:** A Febre Chikungunya é uma doença pouco conhecida devido ao seu número reduzido de casos no Brasil. Porém, há aproximadamente dois anos, uma quantidade significativa de casos apareceu no país, quantidade esta que vem aumentando cada vez mais. Por ser uma doença de alta comorbidade, é fundamental que a população tenha conhecimento sobre seus sintomas e sua forma de prevenção e que as autoridades competentes implantem e aprimorem ações de vigilância do vírus Chikungunya no Brasil.

**Palavras-chave:** Febre; chikungunya; artralgia.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Febre de Chikungunya: Manejo Clínico.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/29/Guia-de-Manejo-Clinico-da-Febre-de-Chikungunya.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.



BRASIL. **Preparação e Resposta à Introdução do Vírus Chikungunya**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/preparacao-e-resposta-virus-chikungunya-web.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

GOLDMAN, H. M., in CECIL, R. L.; GOLDMAN, H. M. (Editor); AUSIELLO, D. (Editor). **Cecil medicina**. GOLDMAN, Henry M (Editor); AUSIELLO, Dennis (Editor). 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Organização Panamericana de Saúde. **Número de casos de febre Chikunguya por país**. Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=343&Itemid=40931](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=343&Itemid=40931)>. Acesso em: 30 abr. 2015.



## TRATAMENTO DO CHOQUE ANAFILÁTICO POR EPINEFRINA

*Pedro de Souza Rondinelli; Rodrigo Cesar Carvalho Freitas.*

Curso de Medicina, UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** As reações anafiláticas são tratadas com epinefrina, que estimula a reforma das junções aderentes endoteliais e promove o relaxamento do músculo liso brônquico contraído, estimulando também o coração. Se um alérgeno é introduzido diretamente na circulação sanguínea ou é rapidamente absorvido pelo intestino, os mastócitos do tecido conjuntivo associados aos vasos sanguíneos podem tornar-se ativados. Essa ativação causa uma síndrome muito perigosa chamada de anafilaxia sistêmica. A ativação disseminada dos mastócitos apresenta uma variedade de efeitos potencialmente fatais: o amplo aumento da permeabilidade vascular leva à perda catastrófica da pressão sanguínea, à constrição das vias aéreas, causando dificuldade na respiração, e ao edema de epiglote, que pode causar sufocamento. Essa síndrome, potencialmente fatal, é chamada de choque anafilático. Ela pode ocorrer se fármacos são administrados em pessoas com IgE específica para esse fármaco ou após uma picada de insetos em indivíduos alérgicos a veneno de insetos.

**Objetivo:** Como a epinefrina atua no tratamento do choque anafilático e quais as principais medidas a serem tomadas durante uma situação emergencial de choque anafilático.

**Metodologia:** Para a realização do estudo, será usado o método científico – conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento (GIL, 2006). Será realizada uma revisão da literatura que contará com o uso de plataformas de pesquisa, como o PubMed, Lilacs, Bireme, Scielo e o levantamento de dados contidos em dissertações, artigos e teses para o estudo do tema em questão. Através da pesquisa, espera-se encontrar a melhor forma de administração medicamentosa em paciente que esteja em choque anafilático. A partir desse estudo, também é de interesse abranger a área do sistema imune e do funcionamento do processo inflamatório e suas futuras complicações clínicas no paciente.

**Discussão:** O tratamento não farmacológico do choque anafilático compreende a atenção à respiração, ventilação e circulação. O manejo rápido é importante para a manutenção das funções vitais: reestabelecer a permeabilidade das vias aéreas, checar sinais vitais, administrar oxigênio e manter o paciente em posição de Trendelenburg – posição supina com elevação dos pés, pois facilita o retorno venoso, diminuindo o colapso circulatório. A adrenalina é o tratamento padrão e deve ser utilizada pela via intramuscular, na face anterolateral da coxa. Os anti-histamínicos são indicados como segunda linha. O anti-histamínico H1 é útil na resolução da urticária, angioedema e prurido. Já a associação entre anti-histamínicos H1 e H2 é mais eficaz para controlar o flush, a urticária e a hipotensão. O próximo passo seria a utilização de corticosteroides. É uma emergência médica de baixa incidência e os médicos devem estar aptos para reconhecer e tratar o choque anafilático.

**Conclusão:** O intercâmbio de conhecimento entre várias especialidades, no caso específico alergista/urgente, pode melhorar o prognóstico do paciente que sofre choque anafilático. Essa síndrome pode ser rapidamente fatal, no entanto, pode ser controlada pela imediata administração de epinefrina. Por isso, conhecer como ela funciona e seus efeitos terapêuticos e colaterais é de grande importância para o profissional médico. Dessa forma, mais estudos serão necessários para compreender esses processos.

**Palavras-chave:** Choque anafilático; tratamento; epinefrina.

## REFERÊNCIAS

BERND, L. *et al.* Anafilaxia: guia prático para o manejo. **Rev. bras. alerg. imunopatol**, v. 29, p. 283-285, 2006.

BORGES, I.; CARVALHO, J.; SERUFO, J. Abordagem geral do choque anafilático. **Revista Médica de Minas Gerais - RMMG**, América do Norte, v. 2211, p. 12-14, 2012.

FIGUEIREDO, L.F.P. Quais as medidas imediatas no choque anafilático? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 4, Dec. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Nov. 2012.



## ASPECTOS GENÉTICOS E HEREDITÁRIOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

*Leonardo Silveira Gomes; Cristina Ribeiro Dias Barroso; Luma Teles de Souza;  
Vinícius Abrantes Silvestre.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** A doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência progressiva, afetando 5% das pessoas com mais de 60 anos. Estima-se que 10% desses pacientes apresentam, como fatores etiológicos, diferentes genes autossômicos dominantes. Já foram identificadas seis diferentes mutações associadas à DA no gene que codifica a proteína precursora de amiloide (APP), localizado no cromossomo 21. Pouco depois, identificou-se um novo gene, denominado de presenil-1 (PS1), localizado no cromossomo 14, no qual foram descobertas 45 mutações. Outro gene responsável pela DA foi mapeado no cromossomo 1 e chamado de gene presenil-2 (PS2). Além desses, vem sendo estudado um fator de risco para desenvolver a DA, o alelo e4 do gene que codifica a apolipoproteína E (APOE) e que está associado, principalmente, aos casos de aparecimento tardio da DA. O significado biológico da contribuição desse alelo para o aparecimento da DA ainda não é completamente conhecido. (SAMAIA, 2000). O fator genético é considerado como preponderante na etiopatogenia da doença de Alzheimer. Além do componente genético, foram apontados como agentes etiológicos a toxicidade a agentes infecciosos, ao alumínio, a substâncias reativas de oxigênio (ROS) e a aminoácidos neurotóxicos, e a ocorrência de danos em microtúbulos e proteínas associadas. É importante salientar que esses agentes podem ainda atuar por dano direto ao material genético, levando a uma mutação somática nos tecidos (SMITH, 1999).

**Objetivos:** Com o crescente envelhecimento populacional, a Doença de Alzheimer é considerada um problema de saúde pública. O presente trabalho tem como objetivo uma revisão de literatura sobre os principais aspectos genéticos e hereditários dessa doença.

**Métodos:** Para a revisão de literatura proposta, serão levantados artigos sobre o tema nas bases de dados Pubmed-Medline e Scielo, bem como nas principais bibliografias sobre o assunto.





**Discussão:** Uma das principais teorias para a etiopatogenia da DA é a hipótese da cascata amiloidal, que tem recebido suporte a partir de estudos genéticos com casos da forma familiar da doença, nos quais mutações tanto na APP quanto nas presenilinas (PS) têm mostrado aumento na produção da substância A $\beta$ 9. APP: o processamento da proteína APP resulta em fragmentos de Ab de 40 e 42 aminoácidos, respectivamente. O fragmento de 42 aminoácidos é neurotóxico e seu acúmulo resulta na formação de fibras amiloides e posterior acúmulo, formando as placas senis. Estudos sugerem que a redução no nível ou atividade dos fragmentos de APP, juntamente com o acúmulo de Ab, poderia ter um papel crítico na associação da disfunção cognitiva associada à DA, particularmente em estágios precoces da doença. A partir desses dados, fica claro que fragmentos de APP, incluindo Ab, podem exercer uma forte regulação em funções neuronais básicas, como excitabilidade celular, transmissão sináptica e “*long-term potentiation*”. Assim, esses fragmentos devem também estar relacionados à regulação de comportamentos como aprendizado e memória. O peptídeo fibrilar Ab é depositado extracelularmente em forma de placas na amígdala, hipocampo e neocórtex de indivíduos afetados pela DA.

**Conclusões:** A DA é uma das doenças mais desafiadoras do século e pode ser considerada uma crise de saúde pública que se aproxima. Compreender a genética da DA pode levar à detecção precoce, à prevenção e ao tratamento dessa patologia

**Palavras-chave:** Alzheimer; genética; proteína APP.

## REFERÊNCIAS

SAMAIA, H.P.B; VALLADA FILHO, H.P. American College of Medical Genetics/American Society of Human Genetics Working Group on ApoE and Alzheimer Disease. Statement on use of apolipoprotein E testing for Alzheimer disease. **J A MedAss**, v. 274, p. 1627- 9, 1995.

SMITH, M. A. C. Doença de Alzheimer. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n. 2, p. 03-07, 1999.





## AVALIAÇÃO DA RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA COMO FATOR PROGNÓSTICO EM CÂNCER DE MAMA EM UNACOM DA REGIÃO SUL FLUMINENSE

*Carolina R. Netto; Luciana F. Netto; Sabrina Guimarães;  
Sandro Javier Bedoya Pacheco.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** O câncer de mama é, atualmente, um problema de saúde pública mundial, visto que, entre as neoplasias malignas, é a segunda mais frequente, e no subgrupo das mulheres é a mais comum, correspondendo a 22% dos novos casos em cada ano, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2014. Segundo Costa MADL e Chagas SRP (2013), a neoadjuvância é indicada como tratamento inicial em casos de câncer de mama localmente avançados. Os dados dos estudos de quimioterapia neoadjuvante apontam para resposta patológica completa como fator prognóstico. Faremos uma análise retrospectiva de prontuários em uma UNACON da Região Sul Fluminense, para avaliar a correlação entre resposta patológica progressa e sobrevida.

**Objetivo:** Realizar uma análise retrospectiva e comparativa das pacientes com diagnóstico de carcinoma invasivo de mama tratados no serviço e expostas à quimioterapia neoadjuvante, realizando comparação de sobrevida global entre as pacientes que obtiveram remissão patológica completa e as que não a obtiveram.

**Metodologia:** Será realizado um estudo retrospectivo, longitudinal, através da observação e análise dos prontuários de casos registrados no serviço Oncológico do Hospital HINJA, no período de dezembro de 2011 a março de 2014. Serão inclusas no estudo 63 pacientes portadoras de carcinoma invasivo de mama com indicação de quimioterapia neoadjuvante. Para a coleta de dados, será criado um questionário de avaliação dos prontuários, que incluirá os seguintes dados: nome, data de nascimento, idade ao diagnóstico, menopausa, perfil molecular, tipo histológico, estágio clínico, ressecabilidade, estágio patológico, tipo de quimioterapia recebida, estágio clínico pós-tratamento, intervalo entre o último ciclo de quimioterapia e a cirurgia, sobrevida global (tempo decorrido entre o diagnóstico e o óbito), sobrevida livre de doença e data do último followup. Critérios para inclusão: sexo feminino

(entre 18 e 85 anos); carcinoma infiltrante da mama (entre estágio I e III); elegíveis para tratamento com quimioterapia neoadjuvante. Critérios para exclusão: presença de outro tipo de neoplasia maligna, exceto pele não melanoma; presença de Hipertensão Arterial Sistêmica, Insuficiência Cardíaca Congestiva ou Cardiopatia Isquêmica sem controle; HIV em fase aguda ou crônica em período de agudização; desenvolvimento de metástases; apresentar tumor de mama inoperável ao final do tratamento neoadjuvante.

**Resultados:** Após a análise da amostra de 35 pacientes (N=35), verificamos que 66% recebeu o diagnóstico de câncer de mama com idade superior a 49 anos. Quando analisamos o fator menopausa na amostra pesquisada (N=35), as mulheres que se apresentam no grupo pós-menopausa representam 40% (14 mulheres). A maioria da amostra (31%) é acometida por câncer de mama perfil molecular triplo negativo. Ao realizar análise sobre o tipo histológico dentro da amostra é revelado que o carcinoma invasivo tipo histológico ductal é o mais frequente, compreendendo 89% (n=21) de toda a amostra, sendo que o estágio clínico III representa a grande maioria da amostra, 94%, enquanto 6% compreende o estágio clínico II. 91% foram submetidas ao esquema quimioterápico composto por Antraciclina e Taxane.

**Conclusão:** O trabalho ainda está em processo de desenvolvimento, na fase de coleta de dados. Dessa forma, ainda não há conclusões.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. A. P. *et al.* **Quimioterapia neoadjuvante e resposta patológica: coorte retrospectiva**; Hospital de Câncer de Barretos, Barretos SP, Brasil 2013.

BARROS, A.C.S.D.; BARBOSA, E.M.; GEBRIM, L.H.; Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama. **Projeto Diretrizes**. Disponível em: <[http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/024.pdf](http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/024.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2014.

COSTA, M. A. D. L.; CHAGAS, S. R. P. Quimioterapia Neoadjuvante no Câncer de Mama Operável: Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2013.

COTZAR, P. *et al.* Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: the CTNeoBC pooled analysis. **Lancet**, 2014.



FERNANDES, G. S.; CALABRICH, A.; KATZ, A.; Câncer de mama triplo-negativo: aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos. **Revista Brasileira de Mastologia**, 2009.

FOLGUEIRA, M. A. A. K. *et al.* Perfil transcricional e resposta à quimioterapia neoadjuvante em câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Brail**, 2011.

GEBRIM, L. H. *et al.* **Câncer de Mama: Tratamento Cirúrgico, Projeto Diretrizes**. Sociedade Brasileira de Mastologia, Sociedade Brasileira de Cancerologia. Brasil, 2011.

MORAES, A. B. *et al.* Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. SaúdePública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 10, Oct. 2006.

TAI, F. M.; WILLSON, M. L.; GHERSI, D. **Accuracy of the MeSH term "Breast Neoplasms": ten years on**; Cochrane Breast Cancer Group, NHMRC Trials Centre, University of Sydney, Australia, 2011.

[carol-netto@hotmail.com](mailto:carol-netto@hotmail.com)



## INFECÇÃO URINÁRIA EM CRIANÇAS COM ENFASE EM DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

*Fernanda Bertoldo Antonio; Fernanda Fraga Tolomelli Dutra;  
Luiz Diego Faro Bonan; Ricardo Barbosa Pinheiro.*

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

**Introdução:** As infecções do trato urinário (ITU) são as infecções bacterianas mais comuns inerentes à espécie humana, estando em primeiro lugar dentro das infecções bacterianas mais comuns em idade pediátrica. Pode acometer o trato urinário superior (infecção urinária alta ou pielonefrite) ou inferior (infecção urinária baixa ou cistite). É uma invasão e multiplicação de bactérias nos rins e vias urinárias, causando sintomatologia específica. É uma potencial causa de doença febril na criança. A severidade e recorrência das infecções urinárias estão relacionadas a fatores genéticos, anatômicos, hormonais e comportamentais, juntamente com a virulência do micro-organismo invasor. Como essas infecções podem ter consequências em longo prazo, tais como insuficiência renal e hipertensão, torna-se importante tratar pacientes com infecções urinárias, precoce e adequadamente. Na criança, é de extrema importância, pois vai muito além de ser causa frequente de doença aguda, além de constituir um sinal da existência de possível malformação do aparelho urinário, podendo também resultar em lesão renal permanente (cicatriz renal), causa de morbidade em longo prazo como hipertensão arterial e insuficiência renal crônica, sendo essencial o diagnóstico correto de infecção urinária, a instituição precoce de terapêutica e a orientação da criança para investigação posterior apropriada. Os artigos atuais mostram a necessidade de um diagnóstico precoce para um início prévio de tratamento, evitando assim futuras e graves lesões renais. O assunto abordado retratará as condutas clínicas e laboratoriais para diagnosticar a infecção urinária em crianças e o tipo de tratamento adequado para cada idade, abrangendo desde recém-nascido até adolescentes.

**Objetivo:** Esta revisão bibliográfica tem como objetivo apresentar um resumo dos conceitos mais importantes sobre diagnóstico e tratamento de infecção urinária na população pediátrica, a fim de demonstrar a importância de um diagnóstico precoce

como forma de evitar possíveis complicações para as crianças e, também, a importância de instituir um tratamento imediato.

**Metodologia:** Para levantamento dos artigos, foi feita uma busca em sites de pesquisa como Scielo, Biblioteca Virtual e Pubmed, utilizando-se como referência, diagnóstico e tratamento de infecção urinária em crianças. Os artigos encontrados serão revisados e resumidos, priorizando os conceitos mais importantes para infecção urinária em crianças. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa dos artigos foram as seguintes: infecção urinária, crianças, diagnóstico e tratamento. Os artigos levantados foram selecionados com base em aspectos relevantes e aplicáveis na clínica, sendo que alguns se baseiam em parâmetros da Academia Americana de Pediatria para diagnóstico e tratamento das infecções urinárias em crianças, principalmente, entre dois meses e dois anos de idade. Muitas diretrizes se baseiam, ainda, em opiniões consensuais e dogmáticas. Serão incluídos eventos clinicamente significativos referentes à infecção urinária e aspectos específicos de diagnóstico e tratamento. Serão citadas também as manifestações clínicas mais frequentes em cada fase do desenvolvimento da criança. Trata-se de uma pesquisa qualitativa.

**Discussão:** Os sintomas e sinais clássicos de infecção urinária baixa (disúria, polaciúria e urgência) ou alta (febre, vômito, dor lombar com sinal de Murphy renal positivo) não estão, muitas vezes, presentes na idade pediátrica. Quanto mais nova a criança, mais inespecíficos e variados podem ser as manifestações de uma infecção urinária. Assim, na criança mais jovem, o sinal mais frequente é a febre, prevalência de 3 a 5% em lactentes febris (< 1 ano). Pode ter também recusa alimentar, má progressão ponderal, irritabilidade ou letargia, vômitos, diarreia, dor abdominal e mau odor urinário. Recém-nascidos podem apresentar apenas icterícia prolongada. Sendo assim, em qualquer criança com menos de 2 anos, deve ser considerado febre de etiologia desconhecida. (CAMPOS, MENDES, MAIO, 2006). A criança mais velha e o adolescente apresentam os sinais e sintomas típicos de infecção urinária como os do adulto, sendo também possível localizar a infecção urinária superior ou inferior, baseando-se na clínica. A infecção do trato urinário baixa apresenta-se com disúria, polaciúria, urgência miccional, hematúria e mais tardiamente, enurese secundária. A infecção do trato urinário superior cursa com sintomas gerais importantes como febre alta, mal estar geral, anorexia, náuseas,



vômitos e dor lombar. A infec o urinária nas crianças representa a segunda infec o bacteriana mais frequente, depois da infec o respiratória, sendo mais frequente no sexo feminino em todas as idades, exceto nos primeiros três meses de vida, que predominam no sexo masculino. Estima-se que, 7 ou 8% das meninas e 2% dos meninos podem apresentar no mínimo um episódio de ITU na infância. A infec o urinária   resultado da prolifera o de bactérias no trato. A maioria ocorre por via ascendente, a partir da área periuretral por bactérias da flora intestinal. O agente etiológico mais frequente   a E. Coli, atingindo 55% dos meninos e, 70%, das meninas. Outras bactérias, frequentemente, isoladas são Klebsiellaspp, Enterobacteriaceae e Staphylococcussaprofiticus. Nas infec es recorrentes aumenta a frequência de Proteus, Pseudomonas, Klebsiella e Enterobacter spp. Neonatos e crianças pequenas, geralmente, apresentam apenas sinais inespecíficos, como febre, irritabilidade, vômito, diarreia, inapetência. Sempre que houver suspeita de ITU nessa faixa etária deve ser colhida uma amostra de urina. Crianças maiores podem apresentar sintomas específicos do trato urinário como disúria, polaciúria, dor suprap blica, urgência e incontinência. O exame físico, geralmente, não apresenta sinais específicos de infec o urinária. Em alguns casos, pode ocorrer palpa o dolorosa na região suprap blica e lombar. Alguns achados podem sugerir patologias associadas, como cicatrizes ou altera es na região sacral, sugerindo bexiga neurog nica. A avalia o da infec o urinária deve ser feita através da análise da urina. Deve-se investigar a presenças de bactérias e a leucocit ria e, também, a presença de outros fatores como pH, presença de nitrito, estearase leucocit ria, hemoglobina e a presença de piócitos. O isolamento da bactéria causadora   fundamental para a caracteriza o de ITU. Os exames laboratoriais para análise da urina são basicamente: Exame de urina I com sedimento urinário; urocultura; teste de sensibilidade *in vitro* a antimicrobianos; hemocultura; exames de imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética). A urina obtida através do cateterismo uretral, quando realizado por técnica asséptica, apresenta sensibilidade de 95% e especificidade de 99%, comparada com amostras obtidas por pun o suprap blica. Nas crianças que já apresentam controle vesical pode ser obtida amostra de urina, através de mic o espontânea com coleta do jato médio em recipiente estéril. Esse tipo de coleta apresenta boa sensibilidade e especificidade, no entanto, só pode ser realizado em crianças maiores. Dentre as op es apresentadas, a coleta de urina, através de



bolsa plástica, representa a opção com maior índice de falhas. A principal crítica a esse método é o inaceitável índice de falso-positivos. Se considerarmos que a prevalência de ITU é de 5%, então 85% das culturas positivas obtidas através da coleta com bolsa plástica serão falso-positivas. A única justificativa para a permanência desse método de coleta de urina é o seu caráter não invasivo e a facilidade de realização. A cultura quantitativa de urina é o principal exame no diagnóstico da infecção urinária. No entanto, como a interpretação do resultado leva no mínimo 24 horas, alguns outros testes indiretos podem ser realizados durante a análise de rotina (urina I) para determinar a presença de infecção. Existem quatro principais alterações que podem ocorrer no exame sumário de urina e sugerem ITU: presença de leucocitúria ( $> 5$  leucócitos por campo); presença de bactérias; esterase leucocitária urinária positiva; nitrito urinário (+). A combinação desses testes pode sugerir em qual paciente a possibilidade de ITU é mais provável, possibilitando o início do tratamento, entretanto, o exame de urina não pode substituir a cultura urinária. (CALADO E MACEDO JR, 2005). Obrigatório em ambos os sexos, após o primeiro episódio de infecção urinária febril confirmada, a investigação por imagem pode minimizar uma consequente lesão renal. (DEL FIOL, LOPES E BÔRO, 2008). Dados epidemiológicos mostram que 5% a 10% das crianças com ITU apresentam obstrução do trato urinário como patologia associada e 21% a 57% apresentam refluxo vesicoureteral. A ultrassonografia (US) é um exame absolutamente seguro, não invasivo e barato, que pode demonstrar alterações significativas do trato urinário superior e inferior, como hidronefrose, dilatação ureteral, redução do parênquima renal, hipertrofia da parede vesical, ureteroceles. A uretrocistografia miccional permanece como um exame fundamental na avaliação da criança com ITU, pois permite o diagnóstico preciso do refluxo vesicoureteral. Além disso, possibilita a visualização da uretra masculina em toda a sua extensão e o detalhamento anatômico da bexiga. Seus principais inconvenientes são a radiação e a necessidade de sondagem vesical. A cistografia radioisotópica direta apresenta vantagem sobre a UCM convencional por não submeter o paciente à radiação, entretanto permanece a necessidade do cateterismo vesical. Pelo detalhamento anatômico precário que fornece, em geral, fica reservada para o acompanhamento das crianças portadoras de refluxo vesicoureteral. A cintilografia renal com DMSA é considerada o padrão-ouro na detecção de lesões renais ocasionadas pela pielonefrite, tendo substituído a urografia excretora com



vantagens. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm demonstrado bons resultados na avaliação da pielonefrite aguda e na detecção de cicatrizes renais, porém, o uso desses exames é restrito na avaliação da criança com ITU, devido ao seu alto custo e necessidade de sedação anestésica para sua realização. (CALADO E MACEDO JR, 2005). Tratamento: na infância, apresenta dois principais objetivos: terapêutica rápida e eficiente para minimizar a possibilidade de lesões renais decorrentes da infecção e estabelecer fatores de risco para novas infecções, determinando condutas para controle. O tratamento da infecção urinária estabelecida depende, inicialmente, da idade da criança e da gravidade do quadro. Pacientes com aparente toxemia, desidratados ou incapazes de manter uma ingestão oral adequada devem iniciar o tratamento com antibioticoterapia parenteral. Nos casos mais leves e nas crianças maiores, o tratamento oral deve ser preconizado desde o início. Devem ser tratadas todas as IU sintomáticas na criança e a bacteriúria assintomática nos casos com patologia nefrourológica ou doença crônica que condicione maior susceptibilidade para infecções. O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, em todos os casos após a colheita de urina para urocultura. Para iniciar uma terapêutica empírica, há que ter em consideração aspectos que se relacionam com o agente infectante, com características do hospedeiro e com as características e propriedades farmacocinéticas dos antibióticos.

**Conclusão:** A infecção urinária é uma entidade nosológica que, pela sua frequência e possíveis complicações a médio e longo prazo institui uma preocupação importante para o pediatra. É categórica a investigação adequada e suspeita clínica. Estudos recentes sobre diagnóstico e tratamento das ITU continuam a desvendar as habilidades do clínico.

**Palavras-chave:** Infecção; criança; tratamento; diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

ARAP, M. A.; TROSTER, E. J. Infecção urinária em crianças: uma revisão sistemática dos aspectos diagnósticos e terapêuticos. **Einstein**, 2003.

CALADO, A.; MACEDO, A. Infecção Urinária na Infancia: Aspectos Atuais. **Revista eletrônica Moreira Jr**, 2005.



CAMPOS, T.; MENDES, P.; MAIO, J. Infecção urinária na criança. **Acta Urológica**, 2006.

DEL FIOL, F. S.; LOPES, L. C.; BÔRO, A. C. **Revista eletrônica de farmácia**, v. 3, 2008.

GUIDONI, E. B. M.; TOPOROVSKI, J. Infecção urinária na adolescência. **J Pediatra**, Rio de Janeiro, 2001.

KOCH, V. H.; ZUCCOLOTTO, S. M. C. Infecção do trato urinário. Em busca das evidências. **Jornal de pediatria by sociedade brasileira de Pediatria**, 2003.

OLIVEIRA, M. Infecção do trato urinário na criança – Bioanálise. **Serviço de patologia clínica do hospital Senhora de Oliveira**, 2004.

SIMÃO, C.; RIBEIRO, M. V.; NETO, A. Antibioticoterapia Empírica na infecção urinária na criança. **Secções de nefrologia e infectologia pediátrica**, 2002.

[bertoldo.fernanda@gmail.com](mailto:bertoldo.fernanda@gmail.com)



## Malária

*Anna Clara Bonifácio Teixeira de Souza; Bárbara Salino Ferraro; Igor Pereira de Carvalho; Joanna Calmeto Guedes; Juliana Jangelavicin; Luiza Alves de Almeida; Milena Sfier Luiz*

UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ

### Introdução

A Malária é uma doença febril infecto-parasitária causada por protozoários do gênero *Plasmodium* sp. e tem como vetor a fêmea do mosquito Anopheles. Prevalente em países de clima tropical e subtropical. No Brasil, concentra-se na Amazônia Legal. A maioria dos casos está associado a proximidade do habitat natural do mosquito e a presença do homem, e condições socioeconômicas baixas. Apesar de ser uma doença bastante incidente e das possíveis complicações, como o choque, a taxa de mortalidade fica abaixo de 1%.

### Objetivos

Abordar de forma objetiva como a malária se distribui no Brasil e no mundo, explicando de forma sintética como ocorre o ciclo biológico, a transmissibilidade, as manifestações clínicas, o diagnóstico, o tratamento e as medidas profiláticas desta doença.

### Metodologia

Utilizando uma revisão de literatura que aborda esse assunto e outros relacionados, serão levantados os mais recentes artigos sobre o tema nas bases de dado Pubmed-Medline, Scielo e BBO, e serão utilizados capítulos de livros disponíveis na Biblioteca Central do UniFOA.

### Epidemiologia

A Malária é prevalente em 101 países e, no Brasil, a maior ocorrência é na Amazônia Legal. A maioria dos casos está associada com extrativismo, construção de estradas e urbanização desacelerada.

O gênero *Plasmodium* apresenta 5 espécies, sendo que uma delas ainda é pouco conhecida e pouco prevalente: *knowlesi*. Dentre as outras, três estão presentes no Brasil: *Falciparum*, *Vivax* e *Malariae*. E o *Ovale* predomina na África.

É uma doença de notificação compulsória. As notificações na Região Amazônica são feitas através do SIVEP-Malária e nas demais regiões brasileiras são feitas através do SINAN.

Os principais grupos de risco são crianças entre 3 meses e 5 anos que habitam em área endêmica, gestantes e indivíduos de regiões não malaríngas.

### **Ciclo biológico**

O ciclo parasitário da malária envolve dois hospedeiros e é dividido em três fases, sendo a primeira conhecida como pré-eritrocítica, nos hepatócitos, a segunda como eritrocítica, nas hemácias, e a última fase que se passa no estômago do vetor onde os gametócitos serão fecundados e formará esporozoítos, viabilizando um novo ciclo.

### **Modo de Transmissão**

A transmissibilidade ocorre através da picada da fêmea do mosquito *Anopheles* infectada pelo *Plasmodium*, de hemotransusão, de compartilhamento de agulhas por usuários de drogas injetáveis, transplante de órgãos e também verticalmente, causando a malária congênita.

### **Manifestações Clínicas**

As manifestações clínicas apresentam-se em quatro fases, sendo a primeira conhecida como “Fase Sintomática Inicial” e tem como características mal-estar, mialgia, cefaleia, náuseas cansaço, e vômitos. A segunda fase, “Ataque Paroxístico” há presença de calafrio e sudorese. A terceira fase é conhecida por “Fase Febril” por apresenta hipertemia de 41°C ou mais. A última fase, “Desfervência da Febre”, apresenta sudorese profusa e fraqueza intensa.

### **Exame Físico**

Pode ser observado palidez, esplenomegalia, hepatomegalia, sendo que o fígado fica firme, doloroso à palpação e regride com o tratamento; e icterícia.

### **Achados laboratoriais**

Apresenta anemia normocrômica normocítica, VHS e PCR elevados, além de monocitose, linfopenia e eosinofilia. Trombocitopenia em aproximadamente 100.000 plaquetas/mL. Na infecção grave apresentará PTT e de tromboplastina elevados, aumento da intensidade da trombocitopenia. Aparecimento de acidose metabólica. Glicose,  $\text{Na}^+$ ,  $\text{HCO}_3^-$ ,  $\text{Ca}^{+2}$ ,  $\text{PO}_4^{-2}$  e da albumina deprimidos. Os níveis de lactato, de ureia, de creatinina, de ácido úrico, de enzimas musculares e hepáticas e bilirrubina conjugada e não conjugada estarão elevados. Junto a tudo isso apresentará colúria.

### Complicações

Ruptura de baço, IRA, Convulsões, Anemia, etc.

### Diagnóstico

Realizado através da Gota espessa, do Esfregaço delgado e testes rápidos para detecção de antígenos de Plasmodium.

### Tratamento

O Ministério da Saúde, por meio de uma política nacional de tratamento da malária, orienta a terapêutica e disponibiliza gratuitamente os medicamentos antimaláricos utilizados em todo território nacional, em unidades do Sistema Único de Saúde.

No Tratamento da malária não complicada causada pelo *P. falciparum* é preconizado usar Artemeter com Lumefantrina. Quando a malária, causada pelo *P. falciparum*, torna-se complicada usa-se Artesunato com Clindamicina. Se causada pelo *P. vivax*, não complicado, usa-se Cloroquina com Primaquina.

### Medidas profiláticas

Usa-se a quimioprofilaxia como medida de proteção individual. Já a profilaxia de uma população é feita através de medidas coletivas como o combate ao vetor, o combate às larvas do vetor e o saneamento básico.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Rev. Brasília, 2008, pag. 101-120.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia prático de tratamento da malária no Brasil**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de diagnóstico laboratorial da malária**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 7 ed. Rev. Brasília, 2008, pag. 244-253.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. **Cecil-Tratado de Medicina Interna**. 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, pag. 2745 e 2746, volume II.

LACERDA, M. V. G.; ALECRIM, M. G. C.; ALECRIM, W. D. Malária. In: TAVARES, Walter; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 3 ed. ampl. e atual. São Paulo: Atheneu, 2012. Cap. 115, pag. 716-729.

NEVES, David Pereira. **Parasitologia humana**. 11 ed. São Paulo: Atheneu, 2005, pag. 143-161.

REY, Luís. **Bases da parasitologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992, pag. 106-136.

TAVARES, Walter. **Antibióticos e quimioterápicos para o clínico: tabelas de consulta rápida**. 2 ed. Rev. E atual. São Paulo: Atheneu, 2009, pag. 409-427.

VERONESI, Ricardo. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan, 1991, pag. 780-801.

WHITE, Nicolas J.; BREMAN, Joel G. **Medicina interna de Harrison**. 18 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. Vol. 1, pag. 1688-1705.