



1 e 2 de outubro

Campus Olezio Galotti - Três Poços

**O desafio da atenção básica  
como escola**

# ANAIS DE RESUMOS

Realização



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

**Congresso do Curso de Medicina 2014**

**“O desafio da atenção básica como escola”**

# **Anais de Resumos**

**1 e 2 de Outubro/2014**

**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

##### **Capa e Editoração**

Laert dos Santos Andrade

Estagiário: Cláudio R. do Nascimento

## FICHA CATALOGRÁFICA

C718 Congresso do Curso de Medicina do UniFOA.  
Anais do Congresso do Curso de Medicina do UniFOA,  
1 e 2 de outubro de 2014, Centro Universitário de Volta  
Redonda [recurso eletrônico]: o desafio da atenção básica  
como escola / organizado por Geraldo Assis Cardoso,  
Marcia Dorcelina Cardoso, Sérgio Elias Vieira Cury, et al.  
[realização FOA, UniFOA, CREMERJ] – Volta Redonda:  
FOA, 2014.

ISBN: 978-85-60144-77-8

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

CDD – 610

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

Geraldo Assis Cardoso  
Márcia Dorcelina Trindade Cardoso  
Sérgio Cury  
Angela Schachter Guidoreni  
Márcio Antonio Arbex  
Walter L. M. Sampaio da Fonseca  
Lilian Regina Telles Faro  
Nathália Faria de Paula  
Mariana Coeli  
Eduardo Kiryu  
Beatriz Rabello  
Lilian Simeão Marques  
Pamela Novais Rabelo  
Fernanda Tolomeli  
Wendy do Carmo do Aguiar

## **COMISSÃO CIENTÍFICA**

Eliane Camargo de Jesus Araújo  
Rodrigo Cesar Carvalho Freitas  
Marise Ramos de Souza Oliveira

## SUMÁRIO

Abscesso Esplênico – Relato de caso e revisão da literatura .....	8
Amnésia Global Transitória documentada pela ressonância magnética: relato de caso.....	10
Análise da demanda em consultas ginecológicas e obstétricas no Programa de Saúde da Família de cinco bairros em Volta Redonda-RJ e as limitações do Serviço Público em Saúde da Mulher .....	12
Análise do perfil vacinal para Hepatites Virais de Acadêmicos do Curso de Medicina de um Centro Universitário da Região Sul-fluminense.....	15
Análise microbiológica de reservatórios de água de consumo familiar, nas culturas de abacaxi da cidade de Frutal/MG.....	17
Apendagite epiplóica no diagnóstico diferencial de dor abdominal .....	20
Aspectos clínicos e patológicos de um carcinoma oculto de tireoide: a propósito de um caso.....	22
Associação de estenose hipertrófica de piloro e hiperplasia adrenal congênita: relato de caso.....	25
Avaliação do índice de contaminação fúngica em doces de leite pastosos comercializados na região sudeste do Brasil. ....	27
Avaliação Nutricional de crianças da escola Unidade Escolar C.M.E.I. Alkindar Cândido da Costa.....	30
Avaliação nutricional em crianças até 2 anos no município de Volta Redonda.....	33
Carcinoma Cloacogênico Transicional do Canal Anal: relato de caso .....	35
Cesareana em Paciente com Doença de Von Willebrand associada à infecção pelo HIV: relato de caso.....	38
Compressão medular por metástase de carcinoma de mama .....	41
Dermatite Herpetiforme .....	44
Diabetes Mellitus Tipo II descompensada associada à Erisipela Bolhosa Bilateral de membros inferiores.....	48
Dispepsia Funcional .....	51

Distúrbios do sono em estudantes de Medicina.....	53
Divertículo de Zenker no Diagnóstico Diferencial de Disfagia.....	57
Doença Inflamatória Pélvica Aguda e repercussões sobre a infertilidade.....	60
Duplicação intestinal de origem colônica .....	63
Ebola Virus: fatos, diagnóstico e tratamento. Como atua o ZMAPP? .....	66
Espiritualidade e qualidade de vida.....	68
Faringoamigdalite Estreptocócica .....	72
Fatores assistenciais que interferem na terapia do paciente idoso hipertenso .....	75
Fatores determinantes para uma crise hipertensiva em hipertensos de dois módulos de Saúde da Família localizados na Zona Rural do município de Resende .....	78
Fibrilação atrial por doença reumática e formação de trombo em átrio esquerdo.....	81
Gastroenterite: Rotavírus .....	83
Hipotermia terapêutica: fatores de riscos e benefícios para o tratamento.....	88
Indicações de Fundoplicatura na Doença do Refluxo Gastroesofágico .....	102
Inovações na área da saúde para doenças negligenciadas.....	104
Investigação diagnóstica de Hematúria Macroscópica em pré-escolar: um relato de caso.....	106
Lesão neoplásica obstrutiva do trato gastrointestinal: um relato de caso .....	109
Lesões em atletas de mistura de artes marciais .....	112
Leucemia Mielóide Crônica e Transplante Renal.....	116
Levantamento epidemiológico dos principais fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis em estudantes de Medicina do UniFOA.....	120
Manifestação atípica de Meningoencefalite: um relato de caso .....	122
Manifestação Cutânea rara na forma aguda juvenil da Paracoccidiodomicose .....	126
Massa Cervical Fistulizante em paciente HIV Soropositivo: Linfoma Tipo B de grandes células no diagnóstico diferencial.....	129
Metodologia Ativa: sua aplicação na Semiologia Radiológica do Tórax.....	132
Monitoria Acadêmica utilizando Metodologia Ativa em Currículo Integrado.....	135

Número de Consultas Médicas por habitante – Análise da cobertura na UBSF Francisco de Novaes, em Volta Redonda (RJ) no Período de Jan/2010 a Dez/2013 .....	137
“O que eu era e o que eu sou”: Alterações dermatológicas do Lúpus Eritematoso Sistêmico e seu impacto psicossocial .....	141
Os efeitos da dependência química na Neuroplasticidade Cerebral .....	143
Paracoccidiodomicose como diagnóstico diferencial de Linfadenopatia .....	148
Paracoccidiodomicose na forma crônica do adulto em morador de área urbana: um relato de caso.....	151
Peritoneostomia .....	154
Pitíriase Liquenóide Crônica: relato de caso .....	157
Ponte miocárdica: relato de caso .....	160
Prevalência de Portadores de Síndrome Metabólica em amostras de Pacientes do UBSF Coqueiros .....	165
Púrpura trombocitopênica idiopática: um relato de caso .....	168
Qualidade de vida e saúde no Bairro Coqueiros .....	171
Quedas de pessoas idosas em instituições de longa permanência .....	174
Racionalidade médica na morte e na finitude: preparando o acadêmico de Medicina do UniFOA.....	177
Realidade encontrada pelos profissionais de saúde na realização do Pré-natal de baixo risco em UBSF da cidade de Volta Redonda – RJ .....	181
Relato de Caso: Síndrome de Potter.....	184
Relato de Caso: Endocardite Infecciosa .....	186
Relato de caso: Síndrome Nefrítica em pré-escolar .....	191
Relato de Caso: Cirurgia de Endarterectomia para desobstrução da Artéria Carótida Interna Esquerda por Técnica Convencional.....	194
Relato de Caso Clínico: Linfoma não-Hodgkin.....	196
Relato de Caso Clínico: Síndrome Coronariana Aguda .....	200
Relato de Caso Clínico: Síndrome de Gitelman.....	204

Relato De Caso Clínico – Síndrome Ictero – Hemorrágica .....	207
Relato de Caso Doença de Crohn.....	209
Sexualidade, Climatério e Desejo Sexual Hipoativo.....	212
Síndrome de Leigh: Revisão Literária .....	214
Síndrome de Stevens Johnson – Relato de Caso.....	217
Sleeve Gástrico em Paciente com Situs Inversus Totalis .....	219
Relato de caso: Taquicardia Supraventricular Paroxística .....	222
Toxoplasmose Congênita que será apresentado no .....	228
Tratamento da Endometriose Pélvica e Fertilidade.....	230
Tratamento do Melasma .....	237
Toxoplasmose Congênita.....	240
Trombose de Veia Porta e Mesentérica Superior após Sleeve.....	242
Trombose de veia porta: um relato de caso .....	245
Tumor Estromal (GIST) de Antro Gástrico .....	248
Uso do Alisquireno para prevenção de nefropatia diabética .....	251
Varição Anatômica: Bifurcação da Artéria Braquial em Artéria Radial e Artéria Ulnar em Nível Superior no Braço .....	253
Visão Geral sobre a Prevenção Primária da Doença Arterial Coronariana .....	257
Visões Atuais sobre a Fisiopatologia da Esquizofrenia .....	269



**Abscesso Esplênico – Relato de caso e revisão da literatura**

*Matheus Vieira Cury Smith; Maryane Marcondes Rezende; Rodrigo Leal Alves*

*UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*  
*Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, Barra Mansa, RJ*

**Introdução:**

Enfermidade rara associada com estados de imunossupressão, sendo uma das causas de sepse intra-abdominal. Seu diagnóstico clínico é difícil por conta de seus principais sintomas serem inespecíficos. A investigação inicial é feita pela ultrassonografia pelo seu baixo custo e fácil acesso. Entretanto, a tomografia computadorizada é o exame de maior precisão, pois define a localização exata do abscesso. Tem como tratamento definitivo a esplenectomia.

**Objetivos**

Relatar o caso de um paciente de 71 anos com abscesso esplênico. Além disso, fazer uma revisão bibliográfica sobre o assunto.

**Relato de Experiência**

Homem, 71 anos, morador de Barra Mansa-RJ, deu entrada no PS da santa casa de Barra Mansa com queixa de emagrecimento, dispnéia e picos febris. Paciente hipertenso e diabético em uso de losartana 50mg, anlodipina 5mg e metformina 500mg. Ao exame apresentou: Diminuição acentuada do murmúrio vesicular em base pulmonar esquerdo, dor abdominal alta e icterícia. Foi solicitado hemograma completo e raio X de tórax e ultrassonografia de abdome, os quais evidenciaram uma discreta anemia, leucocitose, derrame pleural a esquerda e abscesso esplênico, respectivamente. Foi realizada Tomografia computadorizada (TC) de abdome para melhor ilustrar e definir o abscesso e seus limites. O paciente foi encaminhado para a cirurgia, onde foi realizado esplenectomia total e enviado material para análise histopatológica.

**Resultados**

De início foi feita antibiótico terapia com clindamicina e gentamicina. Poderia ser feito drenagem percutânea guiada pela US ou TC, a qual é feita em pacientes que existe restrição cirúrgica ou pacientes jovens onde a preservação esplênica é desejada, porem o paciente não se encaixou em nenhuma das restrições. Foi então realizado

a esplenectomia dez dias após a internação do paciente. A cirurgia foi de difícil realização por conta de inúmeras aderências do baço com suas estruturas vizinhas. Além da retirada da baço, foi drenado o abscesso e colhido material para análise histopatológica.

### **Conclusões**

Material colhido durante a cirurgia, ainda em análise pelo laboratório de histopatológico. Aguardamos o resultado para especificar a possível origem do abscesso.

### **Referências bibliográficas**

PINTO Júnior; LEITE Edilson Francisco; OLIVEIRA, Ariano José Freitas. MEDEIROS, Aldo da Cunha. Abscesso esplênico. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Jun 2000, vol.27, no.3, p.207-208.

FERREIRA, Jovino; BALDESSAR, Maria Zélia; DIMATOS, Dimitri Cardoso; BOLAN, Renata da Silva. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 35, n 16 o. 1, de 2006.

MARTINS, Antônio Cavalcanti de Albuquerque; VIEIRA, Luiz Felipe Duarte Fernandes; FERRAZ, Álvaro Antônio Bandeira; JUNIOR, Miguel Arcanjo dos Santos; FERRAZ, Edmundo Machado. Abscesso esplênico: mudanças nos fatores de risco e nas opções de tratamento. **Rev. Col. Bras. Cir.** vol.32 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2005.

Zurstrassen, CE; Silva, MER; Doretto, AN; Gasparin, F; Assolini Jr., RA; Michelone. **ESPLENIC ABSCESS. Acta Cir. Bras.** vol.16 suppl.1 São Paulo 2001.

**Palavras-chave** – Abscesso Esplênico, esplenectomia, baço, dor abdominal.

[Matheus\\_Smith@hotmail.com](mailto:Matheus_Smith@hotmail.com)

**Amnésia Global Transitória documentada pela ressonância magnética: relato de caso**

*Sara Carvalho Barbosa Casagrande, Antonio Carlos de Paiva Melo, Thiago da Cunha Casagrande, Karin Luiza Mokarzel, Suzana Angélica Silva Lustosa*

*IAMSPE / HSPE - Hospital Servidor Público Estadual de São Paulo, SP*

**Introdução:**

A disfunção patológica da memória é denominada amnésia e ocorre em associação com uma variedade de condições neurológicas, que perturbam o cérebro e, em particular, o hipocampo (lobo temporal medial). A síndrome de amnésia transitória apresenta um desafio diagnóstico. Os mecanismos subjacentes têm sido um mistério. Descrevemos um caso de Amnésia Global Transitória (AGT) documentada por neuroimagem.

**Objetivos:**

Descrever caso clínico de paciente com quadro de amnésia global transitória, documentada por Ressonância Magnética (RM) de Crânio, através de pesquisa de fatores de risco e etiologia.

**Relato de Caso:**

Mulher, 62 anos, foi atendida no pronto socorro com quadro de alteração comportamental e frases repetitivas. Paciente não lembra como retornou ao seu domicílio e, devido a demora de sua chegada e aparente confusão mental, familiares levaram-a ao nosso serviço. Ao exame apresentava amnésia retrógrada. Realizado Tomografia Computadorizada de crânio sem alterações, eletroencefalograma normal e ecocardiograma com presença de prolapso mitral discreto. Feito RM de Crânio precocemente evidenciando foco de restrição a difusão das moléculas de água em região temporal mesial a esquerda (hipocampo). Paciente evoluiu com melhora de sintomas sendo repetida imagem dias após apresentando desaparecimento de sinal visto anteriormente. Paciente recebe alta sem alterações no exame neurológico.

**Discussão:**

A TGA é caracterizada por início súbito de amnésia transitória, por tempo variável, mas com duração inferior a 24 horas, geralmente ocorrendo ao longo de 50 anos, sem doença cardíaca ou cerebrovascular significativa. Estes episódios geralmente desaparecem completamente, deixando raramente amnésia parcial e, por vezes, um curto período de amnésia retrógrada permanente. Há achados transitórios de imagem geralmente envolvendo a região do hipocampo. A causa subjacente de amnésia global transitória é desconhecida. Parece haver uma ligação entre a TGA e um histórico de enxaquecas. A etiologia é vascular, enxaqueca, epilepsia e doença psicogênica. Em pacientes com amnésia transitória, uma avaliação cuidadosa do déficit amnésico é obrigatória para identificar condições tratáveis. Para o diagnóstico de exclusão são utilizados métodos como a RM e EEG. A maioria dos autores consideram TGA uma condição benigna com um baixo risco de recorrência e de eventos vasculares subsequentes e mortalidade.

**Conclusão:**

O diagnóstico dessas síndromes pode ser desafiador e suas causas têm sido debatidas há anos e há muitos diagnósticos diferenciais que devem ser afastados.

**Referências Bibliográficas:**

AY, H.; FURIE, K.L.; YAMADA, K.; et al. Diffusion-weighted MRI characterizes the ischemic lesion in transient global amnesia. **Neurology**, 51:901–03, 1998.

FELIX, M.M.; CASTRO, L.H.; MAIA, A.C.; DA ROCHA, A.J. Evidence of acute ischemic tissue change in transient global amnesia in magnetic resonance imaging: case report and literature review. **J Neuroimaging**, 15: 203–5, 2005.

HODGES, J.R.; & WARLOW, C.P. The Aetiology of transient global amnesia a case-control study of 114 cases with prospective follow-up. **Brain**, 113(3), 639-657, 1990.

KAPLAN, P.W.; FISHER, R.S.; & ROWAN, A.J. **Transient global amnesia** 2005.

QUINETTE, P.; GUILLERY-GIRARD, B.; DAYAN, J.; DE LA SAYETTE, V.; MARQUIS, S.; VIADER, F.; & EUSTACHE, F. What does transient global amnesia really mean? Review of the literature and thorough study of 142 cases. **Brain**, 129(7), 1640-1658, 2006.

SANDER, K.; SANDER, D. New insights into transient global amnesia: recent imaging and clinical findings. **Lancet Neurol** , 4:437–44, 2005.

**Palavras-chave:** Amnesia, Memória, Ressonância Magnética.

**Análise da demanda em consultas ginecológicas e obstétricas no Programa de Saúde da Família de cinco bairros em Volta Redonda-RJ e as limitações do Serviço Público em Saúde da Mulher**

*Mariana Pádua do Amaral; Gabriel Cappato Domingues; Cristiane Fernandes Moutinho; Mara Gonçalves Pinto Giffoni; Lucas Rebelo Silva Puccini*

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

**Introdução:**

O programa de saúde da família é uma estratégia de dinamizar o SUS e serve como porta de entrada da população pré-definida numa área demográfica demarcada e números de famílias quantificadas. A atenção secundária de saúde compreende consultas ambulatoriais de especialidades médicas que contribui para a operacionalidade da rede de saúde, desempenhando a resolubilidade e integridade do cuidado.

**Objetivo:**

Analisar a resolutividade das queixas dos pacientes no consultório de ginecologia e obstetrícia presente nas unidades de saúde da família e, assim como, expor as limitações encontradas nestes serviços que dificultam a assistência integral no nível primário de saúde.

**Metodologia:**

Este estudo constitui-se em uma análise observacional, realizado em agosto de 2014. A revisão de literatura foi realizado como base a busca de artigos em livrarias científicas *online*, tais como SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e NCBI (National Center for BiotechnologyInformation), utilizando os bancos de dados PubMed, PubMed Central e PubMedHealth. Foram incluídos todos as mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia num período de 10 dias (04 a 08 e 11 a 15 de agosto de 2014), observando suas queixas e condutas adotadas. O critério de não resolubilidade foi o de não conseguir fazer todo o atendimento das pacientes nas Unidades de Saúde Básica, tendo a necessidade de encaminhá-las para outro serviço. O critério de exclusão foi o não comparecimento da paciente à consulta marcada. As consultas ocorreram em 05 unidades de saúde da família do

munícipio de Volta Redonda-RJ nos bairros Ponte Alta, Eucaliptal, Belmonte, Siderlândia e São Lucas.

**Resultados e Discussão:**

Num período de 10 dias, foram atendidas 113 mulheres no consultório de ginecologia e obstetrícia. Foi observado uma limitação nas condutas adotadas pelo médico especialista por se encontrar no setor primário de saúde. Geralmente as condutas tomadas com resolubilidade neste setor correspondem: a contracepção hormonal, tratamento medicamentoso para infecção de vias genitais, medicação sintomática para menopausa, terapia hormonal para irregularidades menstruais e metrorragias, e medicamentos para amenizar a dor em dismenorréia ou mastalgia. Da população analisada, 29,2% necessitaram de método de imagem para auxiliar na hipótese diagnóstica, 30,9% foram encaminhadas à policlínica da mulher para avaliação de outro ginecologista e realização de exames mais específicos ou de alto custo não autorizados a serem pedidos pela atenção primária.

**Conclusão:**

Apesar da presença do médico especialista em ginecologia e obstetrícia na unidade primária, este não possui autonomia no seguimento clínico da paciente quando de maior complexidade. É imperativo a atuação dos profissionais médicos na atenção primária no intuito de responderá maior parte das demandas dos pacientes e referenciar somente os casos específicos, além da eficácia no sistema de regulação e otimização do acesso e uso da tecnologia bruta. Por fim, esse presente artigo demonstrou essas demandas presentes nessas unidades básicas e as condutas tomadas que geram outras demandas para outros setores do sistema. Com isso, o perfil de trabalho da ginecologia e obstetrícia com relação à saúde da mulher ao mesmo tempo em que pode ser resolutivo em queixas simples, pode ser precário quando necessita numa intervenção mais ampla.

**Referências Bibliográficas:**

ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2865-2875, 2012.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):753-762, 2009.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al . A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. spe, Feb. 2013 .

HEILBORN, M. L.; et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S269-S278, 2009.

MACHADO, C. V.; et al. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S42-S57, 2008.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil) *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2753-2762, 2011.

**Palavras-chave:** SUS, ginecologia, saúde, resolutibilidade.

**Análise do perfil vacinal para Hepatites Virais de Acadêmicos do Curso de  
Medicina de um Centro Universitário da Região Sul-fluminense**

*Ana Cláudia do Paço Baylão<sup>1</sup>; Ana Luiza do Paço Baylão<sup>1</sup>; Antônio Guilherme do  
Paço Baylão<sup>1</sup>; Bianca Quintas da Silva<sup>1</sup>; Carolina Ribeiro Netto<sup>1</sup>; Carlos Alberto  
Sanchez Pereira<sup>1</sup>; Sabrina Guimarães Silva<sup>1</sup>; Sandro Javier Bedoya Pacheco<sup>1,2</sup> &  
Walter Tavares<sup>1</sup>*

*Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda (ECMVR/ FOA – UNIFOA)<sup>1</sup> &  
Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/ Fundação Oswaldo Cruz (IPEC/  
FIOCRUZ)<sup>2</sup>*

*Volta Redonda (RJ); Rio de Janeiro (RJ) – Brasil*

**Introdução:**

As Hepatites Virais configuram importante e significativa questão em saúde pública, especialmente que pode estar associada a demais infecções sexualmente transmissíveis e/ ou não, como HIV, Sífilis, HTLV, exigindo uma crescente demanda dos profissionais da área de saúde, gestores em saúde e da própria sociedade por mobilização, capacitação e conscientização no sentido do controle epidemiológico das Hepatites Virais, infecções estas preveníveis, seja através de imunobiológicos como a vacinação bem como por medidas simples de proteção individual e coletiva dos profissionais expostos a um risco ocupacional elevado de adquirir tais infecções.

**Objetivos:**

Este trabalho tem por objetivos gerais a ampliação do conhecimento clínico das Hepatites Virais, a fim de aprofundar suas peculiaridades e que permitem um diagnóstico rápido e seguro, com o menor custo pela máxima eficácia. Além disso, especificamente tem-se o objetivo de analisar o perfil vacinal para Hepatites Virais dos acadêmicos de Medicina, traçando panorama da proteção imunológica destes a tais infecções, uma vez que são importante grupo de risco dentro dos profissionais da área de saúde por estarem expostos a materiais potencialmente contaminados com os agentes etiológicos das Hepatites Virais. O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação para avaliação dos critérios éticos, e um Protocolo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEPS) do



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA), com aprovação em 3 de julho de 2014 (CAAE 14226613.9.0000.5237).

**Metodologia:**

Está sendo utilizado como metodologia para a análise do perfil vacinal dos estudantes do Curso de Medicina, questionário a ser aplicado aos mesmos, com perguntas simples, rápidas e fáceis tendo por fim detectar se o acadêmico já teve e/ou tem contato com materiais potencialmente contaminados que elevem o risco biológico deste se contaminar.

**Discussão:**

Esse panorama é mais bem observado nos períodos iniciais, inclusive naquelas turmas que já iniciaram atividades de enfermagem e ambulatório, o que agrava ainda mais a situação, pois o risco de exposição e consequente contaminação se elevam significativamente.

**Resultados:**

Obtivemos alguns dados preliminares que nos evidenciam uma preocupação, muito provavelmente será também observada no decorrer do estudo, em relação ao conhecimento e proteção dos acadêmicos de medicina para as Hepatites Virais, que mostram certa negligência quanto ao conhecimento da doença, complicações e prevenção, e acabam mesmo assim não se protegendo.

**Conclusão:**

Apesar de ainda estarmos desenvolvendo o estudo, os resultados preliminares já evidencia a urgente conscientização dos coordenadores das escolas médicas, para exigir de seus acadêmicos logo ao ingresso destes, carteira vacinal em dia, pelo consequentemente risco biológico que passam a estar expostos.

**Palavras-chave:** Hepatites Virais, Risco Biológico, Acadêmicos de Medicina.

**Referências Bibliográficas:**

**Manual de Bolso das Hepatites Virais: O Brasil está atento** – Ministério da Saúde (MS), 3ª. Edição, Editora do Ministério da Saúde (MS), Brasília – Distrito Federal (DF), 2008;

Disponível em: <http://www.hepatitesvirais.com.br/index.php> (Acessado em 24 de Março de 2012, às 00hs30min.).

**Análise microbiológica de reservatórios de água de consumo familiar, nas  
culturas de abacaxi da cidade de Frutal/MG.**

*Rodrigues, Adriana; Rodrigues Neto, João; Cunha, Cristiane; Sarcinelli, Bruno;  
Franco, João.*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta redonda*

**Introdução**

Usam-se em Saúde Pública, os aspectos sanitários estudando-se o comportamento dos indicadores de poluição, sendo mais comumente utilizado o grupo dos coliformes fecais ou termotolerantes, e os enterococos fecais. (BRASIL, 2004). A condição sanitária no Brasil, ainda é deficitária, visto que aproximadamente 60% das internações anuais são resultado da falta de saneamento e cerca de 30% das mortes de crianças com menos de um ano ocorrem por diarreia de origem hídrica. Assim, a garantia de consumo humano de água segundo padrões de potabilidade adequados tem relevante contribuição em saúde pública. A Portaria nº 518/2004 do Ministério da Saúde estabelece que sejam determinados, na água, para aferição de sua potabilidade, a presença de coliformes totais e termotolerantes de preferência *Escherichia coli* e a contagem de bactérias heterotróficas. A mesma portaria recomenda que a contagem padrão de bactérias não deva exceder a 500 Unidades Formadoras de Colônias por um mililitro de amostra (500/UFC/ml). A condição sanitária nos meios rurais ainda apresenta inúmeras deficiências, tanto quanto da água potável quanto do esgoto e em muitas regiões o saneamento básico é inexistente. Torna-se então, de fundamental importância, a investigação das condições da água consumida em áreas agrícolas que apresentem possibilidade de contaminação dos veios hídricos.

**Objetivo**

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar alguns aspectos gerais de qualidade microbiológica da água de consumo das comunidades familiares rurais, que utilizam a plantação de abacaxi como atividade profissional.

**Materiais e métodos**

Realizou-se um estudo epidemiológico do tipo corte transversal, no município Frutal, M.G., que se localiza no Triângulo Mineiro (IBGE, 2005). Foram analisadas 60

amostras provenientes de 15 localidades rurais do município de Frutal, que utilizam água de poço artesiano. Estes poços localizavam-se afastadas, no máximo, 250 metros da residência principal. Quatro amostras por localidade, colhidas em dois tempos: seco (julho a setembro) e chuvoso (outubro a dezembro) com espaço de tempo de dois meses entre cada coleta, em 2013. Para a determinação do número mais provável (NMP) de coliformes totais e coliformes fecais/E.coli foi utilizada a técnica de substratos cromogênicos definidos, empregando-se o produto da marca comercial Colilert-18/IDEXX. Análise de dados baseou-se na Portaria no 1.469, de 29 de dezembro de 2000 – Norma de Qualidade da Água para Consumo Humano, do Ministério da Saúde; e resolução no 20, de julho de 1986 do Conselho Nacional do Meio Ambiente, Ministério do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, sendo que, a qualidade da água foi avaliada comparando-se os resultados obtidos nas análises bacteriológicas com os valores máximos permissíveis (VMP) . (Brasil, 1986; 2000).

### **Resultados**

Das amostras colhidas no período de seca, 11,66 % na primeira e segunda coleta estavam contaminadas com índices de coliformes fecais. Os resultados dos testes microbiológicos das águas analisadas revelam níveis de coliformes que variam de 3,0 a 3,2 coliformes totais e 0 a 31 coliformes fecais por 100 ml de água. Apenas em uma coleta durante o período de chuva, (1,66 %), apresentou índice de 31 coliformes por 100 ml de água.

### **Conclusões e discussão:**

Neste estudo foi constatado que a água analisada não atende aos padrões de potabilidade recomendado na Portaria no 1.469/00. Portanto, o consumo humano dessa água pode representar risco e agravos à saúde. Silva e Araujo (2003) encontraram resultados semelhantes em suas análises, comprovando a deficiência de ações em saúde para interior. Os resultados encontrados nesta pesquisa mostram que as localidades rurais carecem de uma infraestrutura, mesmo naquelas localidades que contribuem uma forma expressiva para a economia e o desenvolvimento do Estado e do país. O alto índice de coliformes fecais, em lençóis superficiais de água, é relevante, havendo uma necessidade de intervenção rápida por parte dos órgãos saúde pública, pois o agricultor está exposto à contaminação da água pela poluição dos lençóis superficiais.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Palavras-chave:** Microbiologia da água; Poluição da água; Indicadores microbiológicos.

**Referências:**

BRASIL Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 518, de 25 de março de 2004. 2004. Seção 1. p. 266-270.

DATASUS - <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm> Visitada em 08 Out. 2013.

GIOMBELLI, A; RECH, H.; TORRES, V.S. Qualidade microbiológica da água proveniente de poços e fontes de dois municípios da região do Alto Uruguai Catarinense. Hig. Alim., v.12, p.49-51, 1998.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), [http://www.ibge.gov.br/estatistica/populacao/default\\_censo\\_2000.shtm](http://www.ibge.gov.br/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm). Visitada 18 jan. 2014.

SILVA, RCA. Qualidade da água: manancial subterrâneo em áreas urbanas de Feira de Santana (BA). Rev Saude Publica 2003; 8(4)

NOGUEIRA, G; NAKAMURA, C. V; DE MARIA, C. B T; FILHO, B. A; FILHO, B. P.D. Qualidade microbiológica de água potável de comunidades urbanas e Rurais do Paraná; Rev. Saúde Pública, v.37 n.2, São Paulo, 2003.

**Apendagite epiplóica no diagnóstico diferencial de dor abdominal**

*Amanda Moreira Pimentel<sup>1</sup>, Tchandra Andrade Gomide<sup>1</sup>, Fernanda Teodora de Souza Abrantes<sup>1</sup>, Marcelle de Novaes Tavares<sup>1</sup>, Natália Canêdo Almeida<sup>1</sup>, Henrique Rivoli Rossi<sup>1</sup>, Janine Capobianco Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>*

*1- Acadêmico interno do curso de Medicina do UniFOA*

*2- Médica Residente de Clínica Médica em Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

*3- UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.*

*4- Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, Barra Mansa, RJ.*

**Introdução:**

A apendagite epiplóica (AE) é uma doença inflamatória abdominal incomum, benigna e auto-limitada<sup>1,2</sup>. Resulta da torção, isquemia e inflamação espontânea de um apêndice epiplóico<sup>2,3</sup>. Atinge indivíduos entre a segunda e quinta décadas de vida, com incidência parecida entre homens e mulheres<sup>2</sup>. A apresentação clínica mais frequente é dor abdominal aguda localizada principalmente em quadrante inferior esquerdo (QIE), em paciente com bom estado geral e afebril. Todavia, pode simular quadro de abdome agudo, levando ao diagnóstico incorreto de apendicite ou de diverticulite aguda<sup>1</sup>. O diagnóstico é obtido por meio da tomografia computadorizada (TC) de abdome. A resolução completa do quadro clínico se dá com tratamento conservador e ambulatorial<sup>1,2,3</sup>. Consiste na administração de analgésicos e anti-inflamatórios, com a melhora completa dos sintomas em torno de 3 a 14 dias<sup>3</sup>.

**Objetivos:**

Apresentar um caso de uma paciente atendida em unidade terciária de saúde que apresentou AE e fazer uma breve análise de artigos publicados em periódicos científicos indexados que tratem da afecção inflamatória, visando melhor conhecimento sobre este relevante tema.

**Relato de Experiência:**

T.P.F, 50 anos, sexo feminino, tabagista, moradora do interior do Rio de Janeiro, procurou o pronto socorro de hospital terciário, no dia 23 de maio de 2014, com queixa de dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) há, aproximadamente, 2 dias. No exame físico, a paciente estava corada, hidratada, anictérica e acianótica. Aparelho

cardiovascular e respiratório sem alterações, aparelho digestório apresentava dor à palpação superficial e profunda em FIE, associada à descompressão dolorosa em mesmo local. Exames laboratoriais sem alterações. À admissão, foi iniciado Ceftriaxone, devido à possibilidade de Diverticulite Aguda. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome total que evidenciou densificação da gordura adjacente ao cólon descendente, sugerindo processo inflamatório/infeccioso: apendagite epiplóica, sem evidência de coleção ou abscesso bem organizado. Como achado ocasional, apresentou colelitíase e cisto cortical em rim esquerdo. Após, associou-se Metronidazol ao Ceftriaxone e Tenoxicam por 21 dias. Apresentou melhora clínica e redução do processo inflamatório pericólica em FIE. Recebeu alta em seguimento ambulatorial.

**Conclusões:**

Sendo a AE uma condição clínica incomum e facilmente confundida com quadros de abdome agudo, é extremamente importante o seu reconhecimento por permitir a redução dos custos e da morbimortalidade de um procedimento cirúrgico desnecessário.

**Referências Bibliográficas**

- 1- FREITAS, Gustavo Pignaton de et al . Apendagite epiplóica: aspectos clínicos e radiológicos. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo , v. 45, n. 2, June 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-28032008000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032008000200014&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032008000200014>.
- 2- MELO, Alessandro Severo Alves de et al . Apendicite epiplóica: aspectos na ultrasonografia e na tomografia computadorizada. **Radiol Bras**, São Paulo , v. 35, n. 3, jun. 2002 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842002000300008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842002000300008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 26 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842002000300008>.
- 3- PIGNATON, Gustavo et al . Apendagite epiplóica: tratamento conservador. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, Sept. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-98802008000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802008000300015&lng=en&nrm=iso)>. access on 26 Sept. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802008000300015>.

**Palavras-chave:** apendagite epiplóica, apendicite epiplóica, epiploite hemorrágica, epiplopericolite.

[amandampimentel9@gmail.com](mailto:amandampimentel9@gmail.com)

**Aspectos clínicos e patológicos de um carcinoma oculto de tireoide: a  
propósito de um caso.**

*MARTINI-SANTOS, Bruno José<sup>1</sup>; KOIKE, Luana Vital<sup>1</sup>; BARRETO, Rafaela Ladeira  
da Silva Melo Campos<sup>2</sup>; SEREJO Mariana Nakabori<sup>1</sup>; FALCÃO, Pedro Machado<sup>3</sup>*

*1- Acadêmico do curso de medicina do UniFOA*

*2- Médica residente de cirurgia geral - HSJB*

*3- Professor titular da cadeira de Anatomia Patológica do UniFOA*

**Introdução**

Incidentaloma de tireóide é o termo utilizado para definir as lesões nodulares assintomáticas, ocasionalmente descobertas por métodos de imagem ou estudo anatomopatológico (autópsia ou peça cirúrgica). Essas lesões geralmente são pequenas, com um diâmetro de até 1,5 cm, e não palpáveis, sendo assim o “carcinoma oculto de glândula tireóide” também está incluso neste conceito.

**Objetivos**

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de carcinoma papilífero oculto no parênquima tireoidiano não antes diagnosticado por métodos de imagem e semióticos. Ademais, ressalta-se a importância e precisão do estudo anatomopatológico em lesões tireoidianas incipientes.

**Relato de experiência**

Mulher, 50 anos, branca, casada, hipertensa controlada, em acompanhamento ambulatorial devido bócio nodular atóxico. Paciente apresenta dosagem de TSH normal. Ao exame físico, tireoide palpável, indolor, móvel, consistência elástica, sem aumento, exceto pela presença de nódulo situado junto ao terço distal do lobo direito (com cerca de 2 cm de diâmetro, móvel a deglutição e de consistência endurecida). O exame de ultrassonografia demonstrou glândula com volume de 13cm<sup>3</sup>, e presença de nódulo predominantemente cístico, medindo 1,7 x 1,2 x 1,6 cm, com volume de 2,5 cm<sup>3</sup>, contendo pequenos focos de cristalização de substância colóide de permeio, além de foco sólido ecogênico na parede anterior. Tal nódulo demonstra ausência de fluxo em seu interior e presença de fluxo perinodular com índices de resistência baixos. Realizada PAAF que demonstrou amostra insatisfatória. Paciente foi submetida à tireoidectomia total, e evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório. O



laudo histopatológico demonstrou a presença de nódulo acastanhado de 1,5cm compatível com adenoma folicular e carcinoma papilífero oculto de 0,4 cm de diâmetro, ambos localizados no lobo direito da tireóide.

### **Discussão**

A neoplasia tireoidiana apresenta-se, em geral, como nódulo tireoidiano, um achado clínico extremamente comum. Os tumores tireoidianos podem ser classificados como benignos (mais comuns) ou malignos. O câncer de tireóide clinicamente detectável constitui menos de 1% de todos os cânceres. Mas, apesar de ser uma doença rara, é a neoplasia mais comum do sistema endocrinológico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os microcarcinomas da tireóide são “tumores com diâmetro menor ou igual a um centímetro”. Estes tumores geralmente são um achado histológico na análise de tireóides retiradas por doenças presumivelmente benignas, ou mesmo em autópsias. Os tumores papilíferos apresentam disseminação por meio de linfáticos intraganglionares, evoluindo do foco inicial para outras partes da tireoide e para linfonodos pericapsulares e cervicais. Portanto, lesões multicêntricas na tireóide são comuns. No entanto a presença de metástases em linfonodos cervicais não está relacionada a pior prognóstico em pacientes jovens. Quando falamos de microcarcinomas da tireóide, alguns autores advogam que ele tem um comportamento benigno e não progride com o tempo. Em contraste, há relatos de casos com comprometimento de linfonodos, metástases à distância e mortes ocasionais.

### **Conclusão**

O diagnóstico final foi baseado nos achados semiológicos, ultrassonográficos e sobretudo, a partir do estudo anatomopatológico da peça cirúrgica. Apesar dos carcinomas papilíferos serem neoplasias malignas da tireoide, o prognóstico é bom quando o tratamento correto é instituído em tempo hábil. É importante salientar a necessidade de acompanhamento oncológico da presente paciente, visto que os microcarcinomas de tireoide ainda apresentam pontos divergentes na literatura sobre o impacto na saúde e da sobrevida do doente.

### **Referências:**

HAY, I. D., et al. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 535 cases observed in a 50-year. **Period. Surgery.** v.6, p. 1139-1146, 1992.



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

HEDINGER, C.; WILLIAMS E.D.; SOBIN L. H. The WHO histological classification of thyroid tumors: a commentary on the second edition. **Cancer**. v.63, p. 908-910, 1989.

SAKORAFAS G. H.; Microscopic papillary thyroid cancer as an incidental finding in patients treated surgically for presumably benign thyroid disease. **J Postgrad Méd.** v.53, p.23-26, 2007.

BISCARO A.; BISCARO F.; LISSA F. C. T.; PRETTO P.; LEITE R. P.; ALICE S. H. Frequência de Microcarcinoma Papilífero em Doenças Benignas da Tireóide. **Arquivos Catarinenses de Medicina** v. 39, n. 4, 2010.

TAN G. H.; GHARIB H. Thyroid incidentalomas: management approaches to non-palpable nodules discovered incidentally on thyroid imaging. **Ann Intern Med** v.126 p.226-231, 1997.

**Palavras-chave:** Incidentaloma, Carcinoma Papilífero, Tireóide.

**Associação de estenose hipertrófica de piloro e hiperplasia adrenal congênita:  
relato de caso**

*SEREJO, Mariana Nakabori; SEREJO Luciane Nakabori; COSTA, Luciano;  
PIMENTEL, Amanda Moreira; SANTOS, Bruno José Martini; FRAGA, Pedro Lopes;  
COSTA, Paula Dinis Marques da.*

*UniFOA- Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

**Introdução:**

A estenose hipertrófica de piloro (EHP) consiste na principal causa de obstrução gástrica neonatal, sobretudo em lactentes abaixo dos três meses de idade, decorrendo da hipertrofia progressiva da musculatura pilórica. Já a hiperplasia adrenal congênita (HAC), um dos erros inatos do metabolismo, ocorre devido a mutações em genes que codificam enzimas androgênicas envolvidas na síntese de glicocorticoides. As baixas concentrações de cortisol plasmático elevam a secreção de hormônio adrenocorticotrófico estimulando as suprarrenais, acarretando hiperplasia funcional.

**Objetivos:**

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de coexistência de EHP e HAC em um lactente do sexo masculino.

**Relato da experiência:**

T.S.F, a partir da terceira semana de vida apresentou dificuldade de ganho ponderal e vômitos após a mamada evoluindo com comprometimento do estado geral, adinamia e emaciação marasmática. O exame físico revelou paciente eupneico, taquicárdico (160bpm), hipoativo, acianótico, anictérico e hipocorado. Ausculta cardíaca e pulmonar sem apresentou alterações, otoscopia e orofaringe normal. Abdome flácido, indolor e sem viceromegalias. Os exames laboratoriais revelaram anemia normocrômica e normocítica, hipercalemia e hiponatremia. Foi solicitado Seriografia esôfago-estômago-duodeno que evidenciou EHP e Refluxo Gastroesofágico, sendo encaminhado ao serviço de cirurgia pediátrica onde foi submetido à piloroplastia. Ao dia 15 de pós-operatório apresentou diminuição importante do apetite com evolução para desnutrição e desidratação, persistência da hiponatremia e hipercalemia, sugerindo o diagnóstico de HAC perdedora de sal.

**Discussão:**

Apesar da EHP e HAC formarem diagnóstico diferencial, neste caso são concomitantes, se apresentam principalmente com clínica de vômitos e dificuldade de ganho ponderal, sendo diferenciadas por exames laboratoriais e de imagem.

**Conclusão:**

Os achados clínicos, radiológicos e laboratoriais permitiram o diagnóstico de EHP associada à HAC. A piloroplastia bem como o tratamento medicamentoso com acetato de fludrocortisona foram satisfatórios para a restituição do trânsito gastrointestinal e o controle dos níveis dos eletrólitos.

**Referências:**

BENTO, L.R. et al. Hiperplasia adrenal congênita por deficiência da 21-hidroxilase, forma clássica: estudo da frequência em famílias de indivíduos afetados. *Revista Paulista Pediatria* 2007; 25(3):202-6.

DORA, J.M et al. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Hiperplasia Adrenal Congênita. Portaria SAS/MS no 16, de 15 de janeiro de 2010. Pág 357-373

HARRISON, T.R. *Medicina Interna de Harrison*. 18 edição. Porto Alegre, RS. AMGH editora LTDA

VARGAS, V.M.A. Hiperplasia Congênita de Supra – Renal Forma Não Clássica - Relato de Casos. *Revista Médica* Volume 36 - Números 2/3 - Abril a Setembro de 2002.

**Palavras-chave:** relato de caso hiperplasia adrenal congênita, estenose hipertrófica de piloro.

**Avaliação do índice de contaminação fúngica em doces de leite pastosos comercializados na região sudeste do Brasil.**

*Rodrigues, Adriana; Rodrigues Neto, João; Cunha, Cristiane; Sarcinelli, Bruno; Guidorene, Cristiane.*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta redonda*

**Introdução:**

A contaminação alimentar por agentes biológicos, químicos ou físicos, pode comprometer a saúde humana. As mudanças ocorridas no último século predispõe o homem a alimentar-se de maneira incorreta, tanto em quantidade, como em qualidade. Muitas vezes esta alimentação está relacionada a alimentos industrializados. Diariamente, ocorrem casos de doença com origem nos alimentos, que são responsáveis por elevados níveis de morbidade e mortalidade, particularmente para grupos de risco, como: as crianças, os idosos e os imunodeficientes. A incidência real das doenças transmitidas pelos alimentos não é conhecida (PEDROSO, 2009). O doce de leite é um alimento perecível, com validade limitada, principalmente os de origem caseira, onde a falta de uma maior fiscalização, pode gerar aumento da contaminação fúngica. Os gêneros *Aspergillus*, *Penicilium*, *Fusarium* são os mais descritos como contaminantes devido às micotoxinas, que possuem atividade carcinogênica, teratogênica e mutagênica, sendo muito relatadas na literatura científica (BLACK, 2006; LARONE, 2002). Com o aumento populacional, um estudo sobre a qualidade dos alimentos é de fundamental importância para o monitoramento do produto a ser consumido, principalmente porque, de acordo com o IBGE, o consumo de doce de leite no Brasil, chega a 350 gramas/habitante/ano (IBGE, 2009).

**Objetivos:**

Avaliar o perfil de contaminação por fungos filamentosos nos doces de leite de origem caseira e industrial comercializados na região do Triângulo Mineiro, MG e Vale do Paraíba, no RJ, a fim de se conhecer seu potencial risco a saúde humana.

**Metodologia:**

Foram analisadas 60 amostras de doces de leite, sendo 30 de origem caseira adquiridas diretamente dos produtores localizados no Triângulo Mineiro e Interior do

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

Estado do Rio de Janeiro e 30 industrializados, em dois lotes diferentes, provenientes de 10 marcas comercializadas nas mesmas regiões, com data de validade para 2015. As amostras foram adquiridas entre os meses de dezembro 2013 e março de 2014. As amostras foram destinadas ao laboratório na embalagem original e estocadas a temperatura ambiente, protegida da umidade, não havendo violação da embalagem antes do início do experimento-(SILVA e SILVEIRA, 2001). A metodologia utilizada para análise foi à estabelecida pela Instrução Normativa nº 62, de 26.08.2003 do Ministério de Agricultura, Pecuária e Abastecimento (BRASIL, 2001).

**Resultados:**

Ao todo encontramos 21 doces contaminados dentre os 60 analisados (35%). Quando analisamos os doces caseiros e industrializados separadamente não foi encontrada uma diferença estatística significativa uma vez que 36,66% dos doces caseiros e 33, 33% dos industrializados apresentaram contaminação. Porém, ao analisarmos apenas os 11 doces caseiros e 10 doces industrializados que estavam contaminados, vimos que a quantidade de colônias encontradas nestes foi significativamente maior nos doces industrializados (média de  $59,5 \pm 26,94$  colônias/doce) que nos doces caseiros (média de  $30,0 \pm 14,89$  colônias/doce, Mann-Whitney  $p < 0,01$ ).

**Conclusões:**

Os produtos finais oferecidos aos consumidores de doce de leite encontram-se, em número expressivo, contaminados por fungos filamentosos de potencial patogênico, sendo necessária a implementação conjunta de várias ações como a fiscalização mais aprimorada pelos órgãos públicos, a promoção de educação em higiene de alimentos para os manipuladores e proprietários, minimizando os riscos ao consumidor e à saúde humana.

**Referências:**

BLACK, M.H.; HALMER, P.. In: Michael H.. *The encyclopedia of seeds: science, technology and uses*. Wallingford, UK: CABI, 2006. 226 p. [ISBN 978-0-85199-723-0](https://doi.org/10.1080/00137170600571230).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 12, de 02 de janeiro de 2001. Aprova o Regulamento Técnico sobre os padrões microbiológicos para alimentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 jan. 2001.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

IBGE. Anuário Estatístico do Brasil. 2008-2009.

LARONE, D.H. Medically Important Fungi: a guide to identification .4 ed. Washington: ASM Press; 2002.

PEDROSO, L.. Segurança Alimentar e Saúde Pública / Food Safety And Public Health. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, América do Norte, Jul. 2009.

SILVA, N.; JUNQUEIRA; V.C.A; SILVEIRA, N.F.A. Manual de métodos de análise Microbiológica de alimentos. 2 ed. São Paulo: Varela; 2001

**Palavras-Chave:** Saúde coletiva, contaminação fúngica, segurança alimentar.

[a.novaes@live.com](mailto:a.novaes@live.com)

**Avaliação Nutricional de crianças da escola Unidade Escolar C.M.E.I. Alkindar  
Cândido da Costa**

*Priscilla Hidalgo de Araújo Oliveira, Patricia Marques Leite, Thereza Pascal Abdo ,  
Rafaella Pinto Ferraz, Thalita Alves Morgado dos Santos, Claudia Regina Oliveira  
Costa.*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda- Volta Redonda - RJ*

**Introdução:**

O estado nutricional de uma criança possui papel fundamental para que seu crescimento seja progressivo e para que ela desenvolva suas aptidões psicomotoras e sociais. (LEÃO, Leila S. C. de Souza et al. **Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v.47, n.2, p.151-157, 2003.). Os pré-escolares de 2 a 6 anos de idade constituem faixa populacional de grande importância, devido ao processo de maturação biológica por que passam, durante o qual a alimentação desempenha papel decisivo, em especial pela formação dos hábitos alimentares. Estudos mostram que a correta formação dos hábitos alimentares na infância favorece a saúde permitindo o crescimento e o desenvolvimento normal e prevenindo uma série de doenças crônicas degenerativas na idade adulta. (ANDRA, Y.R. **Assistência alimentar por médio de centros de educação e alimentação do pré-escolar.** Boletim de la Oficina Sanitária Panameicana. v.74. 2000). Nesse contexto é que surge a presente proposta de levantamento de informações, com o objetivo de elaborar um perfil nutricional de crianças pré-escolares, como parte de um projeto de atenção integral à saúde desse grupo populacional, com vistas à formulação de estratégias de atendimento e controle dos problemas detectados.

**Objetivos:**

O objetivo desse estudo foi analisar o estado nutricional, por meio de avaliação antropométrica, de crianças de 1 a 4 anos de uma Escola Municipal de Volta Redonda, Rio de Janeiro. Esta análise dos pré-escolares implicará em um diagnóstico precoce do risco de sobrepeso, da própria obesidade e ainda do risco da desnutrição podendo intervir precocemente nos hábitos alimentares e nos hábitos de

vida das crianças. Para isso será possível planejar ações de promoções de saúde, prevenção de doenças e o tratamento precoce se necessário.

**Metodologia:**

A identificação das crianças (nome, data de nascimento e sexo) foi feita com base nas listas de matrículas, obtidas na secretaria da escola. O peso foi aferido por medição única em balança digital. As crianças foram posicionadas de costas para a balança, com pés juntos, ombros eretos e olhar na linha do horizonte, de forma que o peso corpóreo fosse distribuído igualmente em ambos os pés. Após a estabilização da balança fez-se a leitura do peso. Foram então feitos gráfico de Estatura x idade, Peso x idade e o IMC (índice de massa corporal).

**Resultados:**

Os resultados do presente estudo mostraram que para os índices de E/I 98% dos pré-escolares estavam dentro da classificação de índice “Adequado”. Na avaliação do P/I a maioria das crianças está também adequada para idade. A maioria dos pré-escolares avaliados apresentavam IMC adequado para a idade, porém chama a atenção o risco de sobrepeso que com o valor quase em 35% nos indica a importância no controle da alimentação das crianças. O peso adequado está em maior prevalência tanto em meninos quanto em meninas, porém as meninas estão com o risco de sobrepeso maior que os meninos, assim como há mais meninas com sobrepeso do que meninos. A obesidade, contudo, está mais prevalente entre os meninos e as classificações magreza acentuada e a magreza não possuem números significativos.

**Conclusões:**

Concluimos que a maioria das crianças da creche está dentro dos padrões da normalidade para os índices estudados, porém uma parcela significativa encontra-se com risco de sobrepeso. Estes dados reforçam o processo de transição nutricional ocorrido no Brasil e a importância da intervenção na atenção primária com medidas eficazes para prevenir e/ou tratar uma futura e iminente obesidade.

**Referências Bibliográficas:**

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. A. & FREITAS, I. C.M. Melhoria e Indicadores de Saúde Associados à Pobreza no Brasil. São Paulo: Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo, 1997.



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

OLIVEIRA, Ana Paula de et al. **Estado nutricional de escolares de 6 a 10 anos em cruzeiro do oeste – PR.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v.24, n.4, p.289-295, 2011.

PEREIRA, R.A. Avaliação antropométrica do estado nutricional. In: SICHIERI, R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. p.62-63.

SILVA. A. T. **Orientação de Avaliação Nutricional para crianças e adolescentes.** Disponível em:  
[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03\\_03\\_2011\\_15.53.38.16f851f5ec9d2b4bbc731948ecac9b4e.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03_03_2011_15.53.38.16f851f5ec9d2b4bbc731948ecac9b4e.pdf) . Acesso em: 25 de Ago. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Avaliação nutricional da criança e do adolescente: Manual de Orientação. São Paulo: Departamento de Nutrologia, 2009. 112p.

**Palavras-Chave:** Pré-escolares. Antropometria. Programa Nacional de Educação Infantil.

**Avaliação nutricional em crianças até 2 anos no município de Volta Redonda**

*Ana Clara de Barros Cristino; Caio Mário Villela de Carvalho Júnior; Laura Loreiro  
Guimarães*

*UniFOA – Centro universitário de Volta Redonda*

**Introdução:**

Alimentação infantil, segundo o Ministério da Saúde, é definida como todo processo alimentar, comportamental e fisiológico que envolve a ingestão de alimentos pela criança. O termo aleitamento materno exclusivo é usado para definir o provimento de todos os líquidos, energia e nutrientes exclusivamente através do leite materno, diretamente da mama ou extraído, com a possibilidade do uso de algum suplemento medicamentoso. O leite materno possui características bioquímicas ideais para o crescimento e desenvolvimento da criança, e substâncias que conferem melhor digestibilidade. Estudos mostram que o leite da mãe possui um efeito protetor contra a mortalidade infantil, prevenindo infecções gastrointestinais, dermatite atópica, alergia alimentar, além do efeito contra a obesidade. Ademais, não representa ônus para o orçamento familiar (SALIBA et al, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as crianças sejam amamentadas exclusivamente por seis meses e que a criança receba a alimentação complementar e o leite materno dos seis meses até os 24 meses de idade. Até os seis meses de vida, o leite materno deve ser a única fonte alimentar, pois sozinho é capaz de nutrir adequadamente as crianças, além de favorecer a proteção contra doenças. O Ministério da Saúde, em concordância com a OMS, considera como alimentação complementar oportuna a introdução de alimentos sólidos ou semi-sólidos, de densidade energética mínima de 70kcal/100mL entre os seis e sete meses. A desnutrição, segundo Recine e Radaelli, pode ser definida como uma condição clínica decorrente da deficiência de um ou mais nutrientes essenciais. Cerca de 8,8 milhões de crianças menores de 5 anos morrem anualmente (UNICEF 2009), principalmente por causas evitáveis, tal como a desnutrição. Cerca de 35% das crianças menores de 5 anos são desnutridas e 11% da carga total global de doença é atribuída à desnutrição. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF recomendam que as crianças sejam amamentadas exclusivamente pelos primeiros 6 meses de vida e depois alimentos complementares devem ser introduzidos junto ao aleitamento materno no período de

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

até 2 anos ou mais. A carência dos nutrientes vindos do leite materno, causadas pelo desmame precoce, causa desnutrição nas crianças de 0 a 2 anos (RECINE E RADAELLI).

**Objetivo:**

O projeto de trabalho de extensão proposto tem como objetivo abordar a alimentação infantil tendo como enfoque o aleitamento materno, e fatores sociais que influenciam na alimentação.

**Metodologia:**

Será utilizado um questionário com perguntas de caráter nutricional e socioeconômicas no ambulatório de pediatria da UBSF de Três Poços, Volta Redonda – RJ.

**Referências Bibliográficas:**

RECINE, E.; RADAELLI, P. **Obesidade e Desnutrição**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade\\_desnutricao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf)>.

SALIBA, N. A. et al . Freqüência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**., Recife, v. 8, n. 4, dec. 2008.

World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. **Geneva: OMS**, 2002.

World Health Organization. United Nations Children's Fund & partners. Indicators for assessing infant and young child practices part III. **Genebra: OMS**, 2012.

**Palavras-chave:** alimentação infantil, desnutrição, aleitamento materno.

**Carcinoma Cloacogênico Transicional do Canal Anal: relato de caso**

*MARTINI-SANTOS, Bruno José; CRUZ, Sérgio Alexandre da Silva; BARRETO, Rafaela Ladeira da Silva Melo Campos; BAGGIERI, Rennan Augusto Avance; PAES LEME, Marcelo Betim; SILVA, Evandro de Moraes*

*Hospital São João Batista/UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

**Introdução**

O carcinoma cloacogênico transicional do canal anal adquire destaque como uma doença de evolução agressiva, acarretando para o paciente um padecimento ímpar quando se observa sua progressão natural. O diagnóstico precoce é importante dado o comportamento agressivo do tumor. O aumento da prevalência desta patologia pode estar relacionado com sua íntima relação com doenças sexualmente transmissíveis, principalmente causadas pelo vírus HPV.

**Objetivos**

Relatar o caso de um tumor de canal anal diagnosticado pelo exame histopatológico como tumor cloacogênico.

**Relato de experiência**

Masculino, 59 anos, admitido no Serviço de Cirurgia Geral com queixa de lesão anal indolor há aproximadamente 8 meses, associada a eliminação de secreção fétida e dificuldade para evacuar. Ao exame proctológico apresentava lesão anal de aspecto vegetante, medindo cerca de 20 cm em direção a nádega direita, com bordas irregulares e endurecidas. A TC de abdome e pelve no demonstrou lesão infiltrativa e ulcerada, medindo 10,1 x 5,1cm, cujo epicentro encontra-se em região perianal que realça pelo meio de contraste. Observou-se ainda linfonodomegalias em região inguinal. Realizada colostomia em alça e biópsia incisional da lesão, sem intercorrências. Paciente recebeu alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório. O estudo histopatológico evidenciou neoplasia epitelial constituída por grupos de células atípicas, dispostas em ninhos e bandas com padrão basalóide, exibindo núcleos hipercromáticos, irregulares, e numerosas mitoses atípicas. Por vezes observam-se áreas com diferenciação escamosa, com infiltração do estroma subjacente à microscopia. Sendo diagnosticado tumor cloacogênico com

diferenciação escamosa. Paciente foi encaminhado ao serviço de oncologia para radioterapia.

### **Resultados e discussão**

O canal anal e cervical uterino são de mesma origem embrionária. Ambos se desenvolvem a partir da membrana da cloaca embrionária e são sítios de fusões teciduais endo e ectodérmica do epitélio da junção escamo-colunar. Estas áreas podem sofrer alterações metaplásicas e displásicas relacionadas à infecção pelo HPV. Estudos demonstraram que a lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL) pode evoluir para câncer anal invasivo. O intervalo médio entre o diagnóstico de HSIL e o desenvolvimento de câncer anal é de aproximadamente 5 anos. O tumor anal é tipicamente assintomático, embora possa ser associado a sintomas locais. O diagnóstico definitivo requer o exame histopatológico. O tratamento sofreu grandes alterações nos últimos anos, e atualmente a quimioterapia e a radioterapia é, geralmente, o único tratamento para pacientes com esta doença. Estudos documentam que, durante a introdução da quimiorradioterapia para o carcinoma de células escamosas, existe forte correlação entre tamanho do tumor, disseminação linfática e prognóstico. A presença de metástases nodais regionais é um indicador de prognóstico ruim, independente da modalidade do tratamento. Embora a sobrevida em face de metástases nodais tenha melhorado com o uso de quimiorradiação, pacientes que se apresentam com doença metastática levam significativa desvantagem na sobrevida.

### **Conclusão**

O câncer anal é um tumor raro que responde por aproximadamente 4 % de todas as neoplasias colorretais. O carcinoma de células escamosas é o subtipo mais comum, sendo uma variante mais rara e agressiva o padrão basalóide. Geralmente diagnosticada em uma fase mais avançada devido o receio de exame proctológico pelo paciente, ou mesmo por simular patologias colorretais benignas no início. É importante estar atento ao aumento dos casos deste tipo de tumor devido sua associação com doenças sexualmente transmissíveis, principalmente com HPV. O tratamento cirúrgico para o carcinoma de células escamosas tem sido fortemente suplantado pela quimiorradiação e é agora exceção em vez de regra.

**Referências**

VASUDEV, P., BOUTROSS-TADROSS, O; RADHI J. Basaloid squamous cell carcinoma: two case reports. **Cases J.** v.13, p. 9351, 2009.

SHIA J. An update on tumors of the anal canal. **Arch Pathol Lab Med.**, v.134, p.1601-1611, 2010.

BECHARA R. N.; BECHARA M.; SALOMÃO D. R.; GUIMARÃES M. F. Carcinoma cloacogênico transicional. **Rev Bras Colo-Proct.** v.5, n.4, p. 200-204, 1985.

**Palavras-chave:** Canal anal; Reto; Tumor Cloacogênico.

**Cesareana em Paciente com Doença de Von Willebrand associada à infecção  
pelo HIV: relato de caso.**

*Rebecca Faria Emerique Galvão; Monique de Carvalho Souza; Juliana Gomes Ferreira*

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

**Introdução:**

A doença de von Willebrand é uma doença hemorrágica, causada por defeitos hereditários na concentração, estrutura ou função do fator von Willebrand. É considerada a mais comum doença hemorrágica e é o distúrbio inato de coagulação mais freqüente em mulheres. A infecção por HIV é cada vez mais freqüente em mulheres e a taxa de transmissão vertical pode chegar a 25% dos casos. Muitos estudos de soroprevalência em gestantes mostram taxas de 8 a 20 por 1000 mulheres. O objetivo deste relato foi apresentar o caso de uma paciente em trabalho de parto com DvW e portadora de HIV, enfocando na decisão do parto e o tratamento proposto.

**Relato de caso:**

Paciente do sexo feminino, 31 anos, com gestação pré termo, chegou à emergência obstétrica com queixa de dispnéia e dor em baixo ventre, apresentando-se taquicárdica e hipocorada. Relatou ser portadora da doença de von Willebrand, no qual fazia acompanhamento no Hemorio. Sua história obstétrica inclui duas gestações, com um parto cesárea há 2 anos e 5 meses. Realizou acompanhamento pré-natal nesta gestação, tendo apresentado HIV negativo durante os exames de rotina. Foram solicitados Rx de tórax e exames laboratoriais, que mostraram anemia e HIV positivo no teste rápido. Ao exame físico não apresentava hematomas e sinais de sangramento. Os exames pré-operatórios apresentavam hematócrito 27,9%, hemoglobina 9,1 mg/dl, plaquetas 263000, Protrombina (Tempo 14 segs/ Atividade 100%); TTP 2,7segs. O USG evidenciou feto com boa vitalidade, compatível com 37 semanas de gestação. Foi indicada cesariana motivada pela infecção pelo HIV sem carga viral conhecida. Recebeu 3000 unidades de concentrado de fator VIII 30 minutos antes da cirurgia. O parto ocorreu sem intercorrências, com RN vivo, único, de sexo feminino que chorou ao nascer. O pós operatório evolui sem intercorrências, fazendo a 2ª dose do fator VIII 24 horas após a primeira dose, a 3ª, 4ª e 5ª doses em

dias alternados a partir da 2ª dose. A coagulação foi monitorizada com tempo de tromboplastina parcial (TTP). A paciente recebeu alta hospitalar no 7º dia de puerpério com boa evolução, mantendo acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:**

Durante a gravidez, pacientes portadoras da doença de von Willebrand são assintomáticas, pois a concentração e atividade do fator VIII e do fator de von Willebrand aumentam com o avanço da gravidez, atingindo níveis normais no término da gravidez. O sangramento ocorre mais frequentemente após o nascimento e é associado ao parto cirúrgico ou lesão perineal. Ao final do terceiro trimestre, a gestante está em um estado de hipercoagulabilidade, o que pode promover melhora clínica. A monitorização laboratorial recomendada consiste em hematócrito, hemoglobina, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina e tempo de sangramento, as dosagens específicas do fator VIII, do antígeno do FvW e da atividade do FvW. Os agentes terapêuticos utilizados no pré-operatório e pós-operatório das pacientes com DvW são a desmopressina e os produtos sangüíneos contendo fator VIII e FvW concentrados. A indicação cirúrgica de interrupção da gestação nessas pacientes deve ser restrita, o parto vaginal diminui os riscos maternos. Porém a paciente do caso, apresentava indicação de cesárea devido ao risco de transmissão vertical do vírus HIV. As gestantes infectadas pelo HIV deverão sempre receber profilaxia com drogas anti-retrovirais com o objetivo de reduzir a contaminação. A zidovudina é a principal droga para gestantes. O recém nascido terá que fazer uso do AZT, fazer exames laboratoriais para acompanhamento e não poderá ser amamentado.

**Conclusão:**

O planejamento da gestação em mulheres portadoras da doença de von Willebrand e HIV positivo deve iniciar antes da concepção. As pacientes devem ser orientadas quanto ao risco de complicações hemorrágicas na gravidez e no parto, o risco da transmissão vertical, bem como da importância do seguimento e acompanhamento pré-natal especializado.

**Referências Bibliográficas:**

BARBOSA FT, Cunha RM, Barbosa LT; Doença de von Willebrand e anestesia; Rev. Bras. Anestesiol. v.57 n.3 Campinas maio/jun. 2007.



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Palavras-chave:** Von Willenbrand, HIV, parto.

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

**Compressão medular por metástase de carcinoma de mama**

*Marcelle de Novaes Tavares<sup>1</sup>, Tchandra Andrade Gomide<sup>1</sup>, Fernanda Teodora de Souza Abrantes<sup>1</sup>, Amanda Moreira Pimentel<sup>1</sup>, Natália Canêdo Almeida<sup>1</sup>, Henrique Rivoli Rossi<sup>1</sup>, Janine Capobiango Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>, Leonardo José de Mendonça Araújo<sup>3</sup>*

*1- Acadêmica do curso de Medicina do UniFoa*

*2- Médica residente em Clínica Médica em Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

*3- Médico especialista em Neurologia, Orientador*

**Introdução:**

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres e o segundo tipo mais frequente no mundo. Aproximadamente 30% dos pacientes com carcinoma de mama evoluem para doença metastática, sendo que o envolvimento ósseo é frequentemente notado. Quando sintomática, a metástase de coluna vertebral causa dor intratável, deterioração neurológica, instabilidade, fratura patológica, deformidade e compressão medular (CM), necessitando intervenção cirúrgica.<sup>1</sup> Em cerca de 20% dos pacientes que apresentam metástase na coluna pode ser observada compressão medular, porém esse número pode chegar a 50% devido à demora na procura por atendimento especializado ou pela insistência em tratamentos analgésicos, retardando assim a investigação.<sup>2,3</sup> A CM pode ser devido à compressão tumoral direta ou por colapso de um corpo vertebral por invasão tumoral, e sem tratamento adequado é fonte de significativa morbidade e mortalidade, dor intensa, paralisia, incontinência urinária e piora da qualidade de vida.<sup>3,4</sup>

**Objetivos:**

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente apresentando compressão medular por metástase de carcinoma de mama.

**Relato de Experiência:**

RCP, 51, sexo feminino, faxineira aposentada, residente de Barra Mansa – RJ. Há cerca de 5 anos, paciente foi diagnosticada com carcinoma de mama, sendo submetida à quadrantectomia e linfadenectomia axilar à esquerda no mesmo ano, e

à quimioterapia e radioterapia no ano seguinte. Após o término de ambas, iniciou tratamento com Tamoxifeno e seguimento ambulatorial. Durante exames de controle foram constatados nódulos pulmonares metastáticos à radiografia de tórax, os quais foram confirmados por tomografia computadorizada (TC). Sendo reiniciada quimioterapia oral. Cerca de um ano após, foram visualizadas metástases em radiografia de coluna. Em cintilografia óssea foi evidenciado aumento da atividade osteogênica em coluna tóraco-lombar (D7/D8, D12 e L2/L3). Durante esse período, apresentou-se para consulta em pronto socorro de hospital de nível terciário, com queixa de tremores, parestesia de membros superiores (MMSS), desorientação e síncope. Em uso contínuo de Tramadol e Codeína para algia intensa em membros superiores e coluna tóraco-dorsal. Através dos exames laboratoriais solicitados na internação, foi constatada a presença de infecção urinária, a qual foi tratada inicialmente com Ampicilina. No terceiro dia de internação permaneceu com piúria maciça e sem melhora clínica, associou-se Ciprofloxacino. Em TC da coluna torácica solicitada no momento da internação, foram observadas lesões osteolíticas vertebrais sugestivas de implante secundário associadas a massa de partes moles perivertebrais com aparente extensão intrarraquiana, em TC de coluna lombar foram descritas osteo-artroses e discopatias degenerativas. Por volta do quinto dia de internação, paciente evoluiu com oligoanúria, hematúria macroscópica e piora laboratorial, mantendo leucocitose, sendo optado por suspender Ampicilina e associar Ceftriaxone ao Ciprofloxacino. Evoluiu em poucos dias com perda de sensibilidade em abdome, pelve e membros inferiores (MMII). Ao exame físico, a paciente apresentava edema importante e plegia de MMII, assim como períodos de alucinações visual e auditiva associadas. Após término da antibioticoterapia e considerável melhora clínica, foi realizada tentativa de desmame de sonda vesical sem sucesso. Paciente recebe alta com sondagem vesical.

**Conclusão:**

A compressão medular é uma emergência médica, e a falha na suspeita diagnóstica e a demora no início do tratamento aumentam a probabilidade de déficit neurológico permanente do paciente. Assim como a velocidade de instalação das manifestações clínicas determina a gravidade do caso, e a manutenção do quadro por mais de sete dias o torna irreversível. Desta maneira, é necessária a avaliação do paciente para definição da melhor conduta terapêutica, preocupando-se com o tipo de tumor, sua

localização e agressividade, sensibilidade à radioterapia, status funcional do paciente e exame neurológico. Os objetivos terapêuticos devem incluir alívio da dor, estabilização da coluna e manutenção ou melhora da função neurológica. Deve-se entender que o tratamento é paliativo, visto que a expectativa de vida desses pacientes varia de 4 a 15 meses.

**Referências Bibliográficas:**

- 1- OLIVEIRA JUNIOR, Alex Veneziano; BORTOLETTO, Adalberto and RODRIGUES, Luiz Claudio Lacerda. **Avaliação do tratamento cirúrgico nos pacientes com metástase vertebral secundária ao carcinoma de mama.** Coluna/Columna[online]. 2012, vol.11, n.3, pp. 226-229. ISSN 1808-1851.
- 2- FALAVIGNA, Asdrubal; RIGHESSO NETO, Orlando; IOPPI, Ana Elisa Empinotti and GRASSELLI, Juliana. Metástases do segmento torácico e lombar da coluna vertebral: estudo prospectivo comparativo entre o tratamento cirúrgico e radioterápico com a imobilização externa e radioterapia. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 2007, vol.65, n.3b, pp. 889-895. ISSN 0004-282X.
- 3- JOAQUIM, A.F.; MATURANA, F.A.P.; ANDERLE, D.V.; ZAMBELLI, H.J.L.; MALDAUN, M.V.C. Metástases na coluna vertebral. *Rev Neurocienc* 2007;15:240-245.
- 4- PATCHELL, Roy A. et al. Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomised trial. *The Lancet*, v. 366, n. 9486, p. 643-648, 2005.
- 5- ALMEIDA, R. et al. Metástases da Coluna. Revisão de uma População Hospitalar. *Medicina Interna*, 1996, vol 3, n.4, pp. 212-215.
- 6- BACH, F.; LARSEN, B. H.; ROHDE, K.; BØRGESEN, S.; GJERRIS, F.; BØGERASMUSSEN, T.; SØRENSEN, P. S. (1990). Metastatic spinal cord compression. *Acta neurochirurgica*, 107(1-2), 37-43.
- 7- GIACOMINI, Leonardo, et al. Há um período exato para cirurgia em pacientes com paraplegia secundária à compressão medular não traumática?. *Einstein (16794508)* 10.4 (2012).
- 8- HARRIES, B. (1970). Spinal cord compression. *British medical journal*, 1(5696), 611.
- 9- MIRANDA, Christiana Maia Nobre Rocha de et al. A tomografia computadorizada *multislice* é ferramenta importante para o estadiamento e seguimento do câncer de mama?. *Radiol Bras* [online]. 2012, vol.45, n.2, pp. 105-112. ISSN 0100-3984.

Palavras-chave: compressão medular; carcinoma de mama; metástase vertebral.

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

## Dermatite Herpetiforme

*Amanda Moreira Pimentel; Carolina Seabra Pacheco Gabrielli Alcântara; Juliana Oliveira da Silveira.*

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

### **Introdução:**

Dermatite herpetiforme (DH) é uma doença cutânea mediada por IgA, crônica, manifestando-se com intenso prurido e sensação de queimação em lesões polimórficas: pápulas eritematosas, placas urticariformes, vesículas e bolhas<sup>3,5,8</sup>. As lesões mais características são vesículas agrupadas com crescimento centrífugo, e na maioria dos casos as manifestações cutâneas se associam a enteropatia sensível ao glúten<sup>8</sup>. Os complexos imunes são compostos por anticorpos IgA e transglutaminase epidérmica, que é considerado o principal auto-antígeno<sup>3,6</sup>. Frequentemente é confundida com outras doenças auto-imunes bolhosas, dermatoses pruriginosas e condições psiquiátricas com manifestações cutâneas<sup>2,5</sup>. O diagnóstico da dermatite herpetiforme é estabelecido clinicamente, histologicamente, imunopatologicamente e sorologicamente<sup>5,7</sup>. Dieta sem glúten é o tratamento de escolha para pacientes com dermatite herpetiforme<sup>15,17</sup>.

### **Objetivo:**

Apresentar breve análise de textos publicados em periódicos científicos indexados ou em livros de Dermatologia que tratem, direta ou indiretamente, da afecção dermatológica denominada dermatite herpetiforme, visando melhor conhecimento sobre este relevante tema.

### **Metodologia:**

Este artigo será baseado em revisões bibliográficas de artigos brasileiros, disponibilizados para acesso na internet, compreendendo o período de 2000 à 2013, por meio de pesquisas realizadas no SCIELO, LILACS, PUBMED e MEDLINE, tendo como prioridade os artigos mais recentes, e tendo como principais livros de referência: AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. **Dermatologia**. 5. ed., 2008; HABIF, Thomas P. **Dermatologia clínica**. 5. ed. 2012.; MIOT, Hélio Amante; MIOT, Luciane Donida Bartoli. **Protocolo de condutas em dermatologia**. 2012.; SAMPAIO, Sebastião A. P. RIVITTI. **Dermatologia**. 3. ed. 2007.; SANTOS,

Omar Lupi da Rosa; CUNHA, Paulo R. **Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia**. 2. ed. 2012. O tipo de pesquisa será qualitativa, servindo como base para confecção de um artigo de revisão bibliográfica.

**Discussão:**

A DH geralmente surge entre a segunda e quinta décadas de vida, evolui por surtos e não compromete o estado geral<sup>2,5</sup>. DH é uma doença auto-imune bolhosa subepidérmica crônica, caracterizada por lesões cutâneas e acometimento intestinal<sup>10</sup>. As lesões de pele incluem erupção polimórfica, distribuída principalmente nas áreas extensoras<sup>8,11,16</sup>. São lesões geralmente simétricas e acompanhadas por prurido de forte intensidade<sup>1</sup>. Estes sintomas são geralmente associados a enteropatia sensível ao glúten<sup>11,15</sup>. A maioria dos pacientes apresenta sintomas durante anos, mas aproximadamente um terço atinge remissão permanente<sup>1,3,7</sup>. Outros sinais podem acompanhar a DH, como anemia, osteopenia, osteoporose, alterações dentárias, infertilidade e aborto, e sua associação com outras doenças autoimunes é bastante comum<sup>6,8</sup>.

Tanto a DH quanto a doença celíaca são distúrbios multifatoriais em que fatores desencadeantes genéticos e ambientais desempenham um papel crucial, conduzindo a lesões específicas da pele e do intestino delgado, respectivamente<sup>14,15</sup>.

**Conclusão:**

Sendo a DH uma doença rara e freqüentemente confundida com outras condições dermatológicas pruriginosas, é extremamente importante ser reconhecida pelos médicos para que se previna o agravamento dos sintomas, uma vez que a doença representa um alto risco de implicações sistêmicas e potencialmente graves.

**Referências Bibliográficas:**

1. Alakoski A.; Teea T. S.; Hervonen K.; Kautiainen H., Salo M., Kaukinen K.; Reunala T.; Collin P. **Chronic Gastritis in Dermatitis Herpetiformis: A Controlled Study** [online]. 2012 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3351085/> [acesso em 19 de outubro de 2013].
2. Alves C. et al. Antígenos de histocompatibilidade humanos e dermatologia: da pesquisa para a prática clínica. *An. Bras. Dermatol.* [online]. 2006, vol.81, n.1, pp. 65-73.

3. 3Aoki V. et al. **Imunofluorescência direta e indireta.** *An. Bras. Dermatol.* [online]. 2010, vol.85, n.4, pp. 490-500.
4. 4Bonciani D.; Verdelli A.; Bonciolini V.; D'Errico A.; Antiga E., Fabbri P.; Caproni M. **Dermatitis Herpetiformis: From the Genetics to the Development of Skin Lesions.** *Clin Dev Immunol.* [online]. 2012 June 7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3386601/>> [acesso em 24 de setembro de 2013].
5. 5Caproni M; Antiga E; Melani E, Fabbri P. **Guidelines for the diagnosis and treatment of dermatitis herpetiformis.** [online]. 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2009.03188.x/pdf>> [acesso em 30 de outubro de 2013].
6. 6Chang D.. **A necessidade da imunofluorescência direta no diagnóstico da dermatose bolhosa por IgA.** *J. Bras. Patol. Med. Lab.* [online]. 2012, vol.48, n.1, pp. 55-57.
7. 7Criado P. R.; Criado R. F. J.; Aoki V.; Belda W. J.; Halpern I.; Landman G.; Vasconcellos C. **Dermatitis herpetiformis: Relevance of the physical examination to diagnosis suspicion.** *Canadian Family Physician.* [online]. Vol 58: August 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418983/pdf/0580843.pdf/?tool=pmcentrez>> [acesso em 15 de outubro de 2013].
8. 8Cunha P.R. e Barraviera S.R.C.S.. **Dermatoses bolhosas auto-imunes.** *An. Bras. Dermatol.* [online]. 2009, vol.84, n.2, pp. 111-124. .
9. 9Garioch JJ, Lewis HM, Sargent SA, Leonard JN, Fry L. **Twenty five years' experience of a gluten-free diet in the treatment of dermatitis herpetiformis.** *Br J Dermatol* 1994;131:541-5.
10. 10Lewis HM, Renaula TL, Garioch JJ, Leonard JN, Fry JS, Collin P, et al. **Protective effect of gluten-free diet against development of lymphoma in dermatitis herpetiformis.** *Br J Dermatol* 1996;135:363-7.
11. 11Mendes F. B. R.; Hissa-Elian A.; Abreu M. A. M. M.; Gonçalves V. S. **Anais Brasileiros de Dermatologia.** *An Bras Dermatol.* [online]. 2013 Jul-Aug. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3760935/>> [acesso em 30 de setembro de 2013].
12. 12Miot H.A.; Miot L.D.B.. **Protocolo de condutas em dermatologia.** São Paulo: Roca, 2012.
13. 13Petronic-Rosic V. **Dermatitis Herpetiformis and Celiac Disease.** A publication of Chicago celiac disease center. Impact. 2011. [online]. Disponível em: [http://www.cureceliacdisease.org/wp-content/uploads/2011/09/0111\\_CeliacNewsletter\\_Final.pdf](http://www.cureceliacdisease.org/wp-content/uploads/2011/09/0111_CeliacNewsletter_Final.pdf)> [acesso em 12 de outubro de 2013].
14. 14Rottmann L.H. **Details of the gluten-free diet for the patients with dermatitis herpetiformis.** *Clin Dermatol* 1992; 9: 409–404.

15. 15Sdepanian V.L.; Morais M.B.; Fagundes-Neto U.. **Doença celíaca: a evolução dos conhecimentos desde sua centenária descrição original até os dias atuais.** *Arq. Gastroenterol.* [online]. 1999, vol.36, n.4, pp. 244-257. ISSN 0004-2803.

16. 16Turchin I, Barankin B. **Dermatitis herpetiformis and gluten-free diet.** *Dermatol Online J* 2005;11:6. Disponível em: <http://dermatology.cdlib.org/111/reviews/herpetiformis/barankin.html> [acesso em 31 de outubro de 2013].

17. 17Zebrowska A.; Erkiert-Polguj A.; Wagrowska-Danilewicz M.; Danilewicz M.; Sysa-Jedrzejska A.; Cynkier A.; Waszczykowska E.. **The Expression of Selected Proapoptotic Molecules in Dermatitis Herpetiformis.** *Clinical and Developmental Immunology.* [online]. Volume 2012, Article ID 178340. 2012 April 25. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3388338/pdf/CDI2012-178340.pdf/?tool=pmcentrez> [acesso em 20 de outubro de 2013].

**Palavras-chave:** dermatite herpetiforme, bulose, glúten.

[juliana.osilveira@yahoo.com.br](mailto:juliana.osilveira@yahoo.com.br)



**Diabetes Mellitus Tipo II descompensada associada à Erisipela Bolhosa**  
**Bilateral de membros inferiores**

*Natalia Canêdo Almeida<sup>1</sup>, Tchandra Andrade Gomide<sup>1</sup>, Fernanda Teodora de Souza Abrantes<sup>1</sup>, Amanda Moreira Pimentel<sup>1</sup>, Marcelle de Novaes Tavares<sup>1</sup>, Henrique Rivoli Rossi<sup>1</sup>, Janine Capobiango Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Acadêmico do curso de medicina UniFOA*

*<sup>2</sup> Médica residente em Clínica Médica em Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

**Introdução:**

Erisipela é uma infecção cutânea causada geralmente pela bactéria *Streptococcus pyogenes* do grupo A, mas pode também ser causada por *Haemophilus influenzae* tipo B, que penetram através de um pequeno ferimento (picada de inseto, frieiras, micoses de unha, etc.) na pele ou na mucosa, disseminam-se pelos vasos linfáticos e podem atingir o tecido subcutâneo e o gorduroso. Na maioria dos casos, a lesão tem limites bem definidos e aparece mais nos membros inferiores. Embora menos frequente, ela pode localizar-se também na face e está associada à dermatite seborreica<sup>1</sup>. O seu diagnóstico é essencialmente clínico e baseia-se na presença de placa inflamatória associada a febre, linfangite, adenopatia e leucocitose. Os exames bacteriológicos têm baixa sensibilidade ou positividade tardia. Nos casos atípicos é importante o diagnóstico diferencial com a fascíte necrosante e a trombose venosa profunda<sup>1</sup>. Constituem grupo de risco para a infecção pessoas com excesso de peso, portadoras de diabetes não compensado, de insuficiência venosa nos membros inferiores, as cardiopatas e nefropatas com inchaço nas pernas, as imunossuprimidas ou com doenças crônicas debilitantes. Sendo a erisipela bolhosa um tipo mais grave de erisipela em que as feridas na pele são mais profundas e apresentam bolhas com líquido transparente, amarelo ou marrom<sup>3</sup>. A erisipela tem cura que pode ser alcançada entre 7 a 30 dias com o tratamento, no entanto, ela pode surgir novamente de novo se o tratamento não for feito de forma adequada. É importante a redução do edema, fazendo repouso absoluto com pernas elevadas, e pode ser necessário enfaixar a perna para diminuir o edema mais rapidamente. Em caso de erisipela de repetição, é aconselhado o tratamento com Penicilina G benzatina a cada 21 dias, como forma de prevenção de novos quadros da doença<sup>2</sup>.

É uma patologia frequente na prática clínica, com uma incidência estimada de 10 a 100 casos por 100.000 habitantes/ano. Algumas publicações sugerem um aumento de incidência nas últimas décadas. O sexo feminino é o mais atingido e afeta, sobretudo os adultos entre os 40 e 60 anos<sup>3-5</sup>.

**Objetivo:**

Relatar um caso clínico sobre erisipela bolhosa admitida em um hospital de unidade terciária.

**Relato de Experiência:**

D.S.C, masculino, 61 anos, procurou o pronto socorro de hospital de nível terciário com queixa de “perna inchada”. Na anamnese paciente relatou que há cerca de 48 horas iniciou o quadro de edema, prurido intenso, bolhas, eritema em membros inferiores bilateralmente de piora progressiva. Relatava ser portador de gota, artrose e alterações de glicemia sem tratamento prévio. Ao exame físico: corado, hidratado. Aparelho cardiovascular, respiratório e digestório sem alterações. Apresentava importante edema bilateral em membros inferiores, associado à linfedema, sinais flogísticos e bolhas com drenagem de secreção seropurulenta. O diagnóstico clínico foi erisipela bolhosa, sendo realizada internação devido a níveis glicêmicos elevados e gravidade do quadro cutâneo para iniciar uma antibioticoterapia venosa com oxacilina e compensação da diabetes mellitus. A antibioticoterapia foi realizada por sete dias com melhora clínica considerável, importante regressão do edema e sinais flogísticos. Recebendo alta hospitalar apenas com hipoglicemiante oral e medicações de uso contínuo prévio.

**Conclusão:**

Erisipela é uma doença frequente e que tem aumentado nos últimos anos, e que se não tratada corretamente pode causar serias complicações como gangrena e abscesso e o rápido diagnóstico e tratamento diminui a chance de tais eventos. É de extrema importância ainda, controlar a diabetes, já que é um dos fatores de risco.

**Referencias Bibliográficas:**

CAETANO, Mónica; AMORIM, Isabel. Erisipela. Serviço de Dermatovenereologia. Hospital Geral de Santo António, S. A., Porto. Acta Med Port 2005; 18: 385-394

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

SOUZA, Cacilda da Silva. Infecções de tecidos moles - Erisipela. Celulite. Síndromes infecciosas mediadas por toxinas. **Medicina, Ribeirão Preto, 36: 351-356,abr./dez.2003.**

OKAJIMA, Renata Mie Oyama; FREITAS, Thaís Helena Proença; ZAITZ, Clarisse. Estudo clínico de 35 pacientes com diagnóstico de erisipela internados no Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 79(3):295-303, maio/jun. 2004.**

Palavras-chave: erisipela bolhosa; diabetes mellitus;imunossupressão.

## **Dispepsia Funcional**

*Fabio Fruet; Laís Maria Pinheiro de Faria; Letícia Tondato da Silva Costa*

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

### **Introdução**

A Dispepsia Funcional (DF) se constitui como um problema sanitário e socioeconômico muito importante não apenas pela sua alta prevalência, mas por ter caráter crônico e de tratamento muitas vezes insatisfatório, o que pode afetar significativamente a vida dos pacientes apesar de sua evolução benigna.

### **Objetivos**

Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão da literatura sobre a dispepsia funcional, sua classificação, diagnóstico e seus possíveis tratamentos.

### **Discussão**

A dispepsia funcional é a presença de sintomas dispépticos na ausência de anormalidades estruturais ou irregularidades metabólicas e bioquímicas que possam justificar a sintomatologia. A DF pode ser classificada em duas síndromes de acordo com o sintoma principal em: Síndrome do desconforto pós-prandial (empachamento pós-prandial após as refeições habituais, várias vezes por semana; saciedade precoce que impossibilita o término normal das refeições várias vezes por semana, distensão abdominal, náuseas e/ou eructações podem ocorrer). Síndrome da dor epigástrica (dor ou queimação localizada em epigastro, no mínimo moderada pelo menos uma vez na semana, dor intermitente, não generalizada e sem alívio com defecação ou eliminação de gases). A fisiopatologia da DF permanece desconhecida. Os fatores mais considerados são a hipersecreção ácida, alterações de motilidade gastroduodenal, acomodação gástrica, sensibilidade visceral, fatores psicossociais e gastrite associada ao *Helicobacter pylori*. O diagnóstico é fundamentalmente clínico, baseando-se nos critérios de Roma III, mas dessa forma não se exclui doença orgânica. A endoscopia digestiva é recomendada para exclusão de doença orgânica e deve ser solicitada preferencialmente no período sintomático na ausência de antissecretores. A ultrassonografia pode ser indicada para exclusão de patologias biliares e pancreáticas. Exames laboratoriais devem ser solicitados para exclusão de anemias, eosinofílias e doença celíaca, e parasitológico

de fezes devido à incidência desses parasitas em nosso meio. No tratamento sintomático, deve-se identificar os sintomas dominantes e tentar classifica-los em síndrome da dor epigástrica ou desconforto pós-prandial. Os bloqueadores H<sub>2</sub> e inibidores de bomba de prótons são a escolha para predomínio de dor epigástrica e os procinéticos para predomínio de desconforto pós-prandial. Podem ser usados ainda antibióticos para a erradicação do *H.pylori*, ansiolíticos e antidepressivos. Muitos pacientes têm uma boa resposta a mudanças no estilo de vida com adoção de hábitos saudáveis como atividade física, formas de relaxamento e dieta (comer devagar em menores quantidades e mais vezes ao dia além de evitar alimentos gordurosos, condimentados e ácidos).

### **Conclusão**

Para se chegar ao diagnóstico de doença funcional se deve descartar doenças orgânicas utilizando consensos e métodos diagnósticos laboratoriais e de imagem. O tratamento medicamentoso é muitas vezes difícil e nem sempre com os resultados esperados, devendo nesses casos ser indicada terapias alternativas e mudança no estilo de vida, além de uma boa relação médico-paciente para que se possa chegar ao melhor resultado possível com melhoria da qualidade de vida do paciente.

### **Referências:**

BARBUTI RC, MORAES-FILHO JP. **Dispepsia Funcional**. In: Terapêutica em Gastroenterologia 2012.

MAZZOLENI LE, SANDER GB, FRANCESCONI CFM. et al. **Helicobacter pylori Eradication in Functional Dyspepsia**. Heros trial. Arch Inter Med. 2011;171(21)1929-36.

SLEISENGER & FORDTRAN, **Tratado Gastrointestinal e Doenças do Fígado**, 9ª edição, v.1, cap. 13 – Doença do Refluxo Gastroesofágico, Rio de Janeiro. Elsevier, 2013.

**Palavras-chave:** dispepsia funcional, dor epigástrica, desconforto pós-prandial.

**Distúrbios do sono em estudantes de Medicina**

*Cunha; Guilherme, F.*

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

**Introdução:**

Os estudantes de medicina são um grupo de pessoas susceptíveis a desenvolver distúrbios de sono em razão da grande carga de atividades da graduação, além da alta incidência de estresse e forte pressão devida ao alto rendimento exigido do curso. (CARDOSO, 2009). Essas características do curso fazem com que muitos estudantes de medicina tenham seu sono comprometido. Zailinawati descreveu os distúrbios do sono como fatores associados a causas de acidentes de trânsito, problemas cardiovasculares, mau desempenho escolar e distúrbios psíquicos. Segundo Loayza, esses distúrbios psíquicos tem alta prevalência em pacientes com insônia. Fatores de risco foram identificados em “dificuldade de iniciar o sono”, “dificuldade de manter o sono”, “dormir tarde” e “acordar cedo” foram associados a possibilidade de transtorno psiquiátrico. Esses fatores são muito comuns em estudantes de medicina e isso prevalece o desenvolvimento destes distúrbios. Existe o uso de drogas e substâncias psicoativas que auxiliam na diminuição do sono pelos estudantes. Entre essas substâncias, temos o uso de café, chá, energéticos, ritalina. O uso da ritalina, segundo Finger, chega a 16% dos estudantes de medicina do Brasil, com motivos citados como melhora acadêmica. Porém, não existe na literatura contemporânea, evidências que comprovem a eficácia do metilfenidato em relação a memória e aprendizagem. A droga apenas deixa o usuário mais desperto e alerta, reduzindo o tempo de sono. A avaliação desses distúrbios se dá através de questionários pela avaliação subjetiva e por exames polissonográficos diurnos e noturnos. Os questionários são internacionais, o que leva a um possível erro de interpretação pelos pacientes. Nesses testes há a avaliação geral do sono dando enfoque ao início, qualidade, presença comportamentais do sono, além de sonolência diurna e presença de despertares. A partir dessa avaliação subjetiva, se houver a suspeita de distúrbios de sono deve se realizar uma polissonografia que é o exame padrão ouro para diagnosticar o distúrbio do sono que o paciente apresenta. A partir do resultado deve-se buscar um tratamento específico para cada

tipo de distúrbio. A melhor forma de prevenir esses distúrbios é ter horários regulares para dormir e despertar, ir para cama somente na hora de dormir, não fazer uso de álcool ou café, chás ou refrigerante próximo ao horário de dormir, não utilizar remédios que alterem o sono sem orientação médica e ser ativo fisicamente e mentalmente. Essas são atitudes que melhoram a qualidade do sono e podem ser um fator importante para melhorar a qualidade de vida dos estudantes.

**Objetivo:**

O presente trabalho tem como objetivo uma revisão de literatura sobre os distúrbios do sono em estudantes de medicina, no intuito de esclarecer as dúvidas a respeito desta patologia através de formas de diagnóstico, formas de tratamento disponíveis atualmente e maneiras de prevenção.

**Metodologia:**

Para a revisão de literatura foram utilizados os mais recentes artigos sobre o tema nas bases de dados virtuais Scielo, Pubmed e Biblioteca Virtual de Saúde, além de livros sobre Medicina do Sono, Psiquiatria e Neurologia disponíveis na biblioteca do Unifoa. O estudo baseou-se em utilização dos unitermos: estudantes medicina; sono; distúrbios do sono; medicine students; sleep; sleep disorders.

**Discussão:**

Os distúrbios são muito frequentes nos estudantes, principalmente os de medicina, assim o conhecimento desta patologia pelo médico geral, independentemente da especialização, é de suma importância para que ele possa orientar os estudantes a melhorar seus hábitos e em casos mais sérios encaminhar para médicos especialistas no assunto como neurologistas, pneumologista e otorrinolaringologistas com experiência em medicina do sono.

**Conclusão:**

Ao avaliar os distúrbios de sono em estudantes de medicina, percebe-se que esse grupo dorme menos horas que os demais estudantes e apresentam maior sonolência diurna, um maior uso de substâncias hipnóticas quando comparada com demais adultos da população. Assim, recomenda-se como medida de prevenção que oriente os acadêmicos sobre a importância de regularidade e higiene do sono para que esses distúrbios sejam menos frequentes nesse grupo tão susceptível.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Referências:**

Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.** 2009, vol.33, n.3, pp. 349-355.

Tufik, S. Medicina e biologia do sono. 1ª ed. Barueri: **Manole**, 2008.

Merrit, Tratado de Neurologia. 12ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2011.

Psiquiatria para o médico generalista, organizador Carlos Gustavo Mansur. Porto Alegre: **Artmed**, 2013.

Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Benjamin James Sadock. 9 ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2007.

Pikosky et al. The impact of sleep deprivation on sleepiness, risk factors and professional performance in medical residents. *Isr Med Assoc J*:2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24449976>>. Acesso em 10 abr 2014.

Morgenthaler et al. Selective REM-**sleep** deprivation does not diminish emotional memory consolidation in young healthy subjects. *Plos One*: 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24587073>>. Acesso em 12 abr 2014.

Luo et al. Sleep medicine knowledge, attitudes, and practices among medical students in Guangzhou, China. **Sleep and Breathing**. May 2013, Volume 17, Issue 2, pp 687-693.

KLOSTER, Maria Cristina et al. Sonolência diurna e habilidades sociais em estudantes de medicina. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, Mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022013000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 10 abr 2014.

Abdulghani et al. Sleep disorder among medical students: Relationship to their academic performance. **King Saud University, Kingdom of Saudi Arabia**: 2012, Vol. 34, No. s1, Pages S37-S41.

LOAYZA H., Maria Paz et al. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 59, n. 2A, June 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2001000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 abr 2014.

Zailinawati, A.H. et al. Daytime sleepiness and sleep quality among Malaysian medical students. **Med J Malaysia**; 2009.

PEREIRA, Danyella Silva; TUFIK, Sergio; PEDRAZZOLI, Mario. Moléculas que marcam o tempo: implicações para os fenótipos circadianos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 31, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000100015&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 10 abr 2014.



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

FINGER,G. et al.**Use of methylphenidate among medical students: a systematic review.** Rev. Assoc. Med. Bras.2013, vol.59, n.3, pp. 285-289.

[Gui\\_fc2005@hotmail.com](mailto:Gui_fc2005@hotmail.com)

**Divertículo de Zenker no Diagnóstico Diferencial de Disfagia**

*Carolina Seabra Pacheco Gabrielli Alcântara<sup>1</sup>, Marcela Santos Carvalho<sup>1</sup>, Andrea Magaginini Torres<sup>1</sup>, Wendy Carmo Aguiar<sup>1</sup>, Elora Silva Lopes Leitão<sup>1</sup>, Janine Capobiango Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Rinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>*

*1- Acadêmica Interno do Curso de Medicina do UniFOA*

*2- Médica Residente em Clínica Médica – Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

**Introdução:**

O Divertículo de Zenker (DZ) é considerado um pseudo-divertículo (de pulsão), pois é constituído pela herniação da mucosa hipofaríngea através de uma área frágil entre as fibras oblíquas dos músculos faríngeo inferior e cricofaríngeo, em combinação com altas pressões intraluminais.<sup>1,2</sup> Pelo pequeno desconforto que o paciente apresenta no início do quadro, geralmente procura o médico já com divertículo de médio a grande volume (médio: 2-4 cm; grande: >4 cm)<sup>3</sup>. Já os divertículos pequenos de Zenker geralmente são assintomáticos, mas quando crescem a ponto de reter alimentos e saliva, podem causar disfagia, halitose e aspiração.<sup>4,5</sup> Os principais sintomas apresentados são: disfagia cervical (89,8%), regurgitação de alimentos (71,8%), tosse (30,7%) e perda de peso (25,6%).<sup>1,3</sup> Habitualmente aparece em pacientes com mais de 60 anos de idade e mostra uma proporção de dois homens para uma mulher.<sup>4,6,7</sup> Os portadores da doença apresentam-se com quadro clínico típico, como já citado e de fácil confirmação diagnóstica pela radiografia contrastada do esôfago-estômago-duodeno.<sup>5</sup> O tratamento consiste em diverticulectomia cirúrgica e miotomia cricofaríngea, ou marsupialização na qual um dispositivo de grampeamento endoscópico é usado para a incisão muscular.<sup>3</sup> Não há evidência que suporte o apelo de que a abordagem endoscópica é melhor que os procedimentos cirúrgicos "antigos"; o tratamento endoscópico e cirúrgico do DZ têm resultados comparáveis para segurança e efetividade; e a pesquisa cirúrgica sobre esse tema necessita de trabalhos que propiciem um maior nível de evidências.<sup>4</sup> A vantagem que o tratamento endoscópico tem sobre a cirurgia é que pode ser realizado com anestesia tópica da orofaringe, já que a doença é mais comum nas idades mais avançadas com os doentes muitas

vezes com comprometimento cárdio-respiratório, impossibilitando uma anestesia geral.<sup>2</sup>

**Objetivos:**

Apresentar um relato de caso sobre DZ e breve análise de artigos publicados em periódicos científicos indexados ou textos de livros que abordem o tema direta ou indiretamente, visando melhor conhecimento sobre este relevante tema.

**Relato de Experiência:**

C. S., 66 anos, tabagista de longa data, estilista e diabético, morador da cidade de Barra Mansa/RJ, deu entrada no hospital de nível terciário, com queixa de dor abdominal associada a episódios de hematêmese. Relatou disfagia para alimentos sólidos, perda ponderal nos últimos seis meses de aproximadamente 10kg. Ao exame: facies caquética, hipocorado (2+/4+); desidratado (1+/4+); aparelho cardiovascular, respiratório e digestório normais; durante a internação foi realizado a endoscopia digestiva alta (EDA) que foi inconclusiva devido à presença de restos alimentares e obstrução esofágica proximal impedindo progressão no trato gastrointestinal, sugerindo a presença de divertículo esofágico e/ou acalasia. Optou-se por solicitar a seriografia baritada do esôfago para esclarecimento do processo obstrutivo a qual evidenciou DZ. Foi solicitada a tomografia computadorizada (TC) cervical que evidenciou um espessamento do esôfago proximal, sem nenhuma outra alteração sugestiva de neoplasia. Diante disso foi pedido o parecer para a cirurgia e segue em pré operatório.

**Conclusão:**

A principal suspeita diagnóstica foi neoplasia, pois o paciente apresentava alta carga tabágica associada a importante perda ponderal, induzindo o raciocínio clínico para uma doença mais grave. Conforme exposto no relato, uma simples seriografia baritada de esôfago poderia fazer o diagnóstico de DZ, reduzindo o tempo de internação hospitalar, gastos com exames desnecessários e resolução rápida e eficaz da patologia apresentada.

**Referências:**

1. Hajar, Nemer; Malafaia, Osvaldo; Strobel, Rodrigo; Cantarelli, Alessandra; Coelho, Júlio C. U. Divertículo de Zenker: estudo retrospectivo de casos / Zenker

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

diverticulum: retrospective study of cases. **Rev. méd. Paraná;58(1):17-23, jan.-jun. 2000. ilus.**

2. ANDREOLLO, Nelson Adami et al . Tratamento cirúrgico do divertículo de zenker. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, fev. 1998 .

3. OKANO, Nelson et ai. Divertículo fazer esôfago Análise de 24 patients Portadores fazer divertículo de Zenker. **Acta Cir. Bras.** , São Paulo, v. 15, Supl. 2, 2000.

4. MURARO, Cirilo Pardo Meo; AQUINO, José Luiz Braga de; SILVA, Marcos Roberto Meira e; LINTZ, José Eduardo. Divertículo de Zenker: análise de 11 pacientes / Zenker's diverticulum: analysis of 11 patients. **Rev. ciênc. méd. PUCCAMP;6(2/3):95-8, maio-dez. 1997.**

5. SILVEIRA, Marnier Lopes da; VILHORDO, Daniel Weiss; KRUEL, Cleber Dario Pinto. Divertículo de Zenker.: TRATAMENTO endoscópico contra cirúrgico . **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, outubro 2011. Disponível em

6. ANDREIS, Elmes Luis; GUERRA, Enilde Eloena; LEMOS, Rafael Rodrigues. Divertículo de Zenker. **Rev. Col. Bras. Cir.** , Rio de Janeiro, 28 v., n. 4, agosto 2001.

7. SENAGA, Cristiano Matsumoto et al. Divertículo de Zenker. **Rev. Assoc. Med. Bras.** , São Paulo, v. 53, n. 2, abr 2007.

8. **Palavras-chave:** Divertículo de Zenker; Disfagia; Caquexia.

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

## Doença Inflamatória Pélvica Aguda e repercussões sobre a infertilidade

*Elis Schafranski; Lara Danielle Nowak*

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

### **Introdução:**

A doença inflamatória pélvica aguda (DIPA) é uma síndrome clínica caracterizada pela infecção progressiva do útero, tubas uterinas, ovários e estruturas adjacentes devido à ascensão de microorganismos do trato genital inferior para o superior, tais como a *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea* e bactérias aeróbias e anaeróbias da flora vaginal sendo causa frequente de complicações ginecológicas devido a alterações tubárias. A *C. trachomatis* está intimamente ligada à esterilidade, sendo responsável pela maioria dos casos. Os sintomas da DIPA são variados, tornando por vezes difícil o diagnóstico e a diferenciação de outras patologias genitais. A prevenção e as complicações dependem principalmente do diagnóstico precoce e do controle da transmissão.

### **Objetivos:**

Conhecimento geral sobre o tema com exibição dos fatores de risco, predisponente e protetores, assim como o quadro clínico, diagnóstico e a relação da conduta clínica com as repercussões reprodutivas.

### **Metodologia:**

Artigo de revisão no qual são analisados os principais estudos já publicados sobre DIPA e repercussões na fertilidade.

### **Discussão:**

A DIPA é uma causa frequente de complicações ginecológicas e os maiores problemas não são as complicações imediatas, que são resolvidas com o diagnóstico precoce e correta antibioticoterapia, mas sim tardias que levam à infertilidade, gestação ectópica e dor pélvica crônica. Tem como principais fatores de risco mulheres em idade reprodutiva, baixa condição sócio-econômica, promiscuidade sexual, uso de dispositivo intrauterino, história atual ou pregressa de doença sexualmente transmissível (DST) e sexo desprotegido. Os fatores predisponentes estão relacionados a características como a raça negra, gestação,

menstruação retrógrada e maior área de eversão do colo uterino. Já os fatores protetores, incluem o uso de preservativos, número limitado de parceiros, avaliação médica ao aparecimento de lesões genitais, corrimentos ou sexo desprotegido. Classicamente, apresenta dor pélvica, dor anexial e dor à mobilização do colo uterino, sendo o diagnóstico suspeitado em mulheres com quaisquer sintomas geniturinários, e não apenas à dor abdominal baixa, corrimento vaginal, menorragia, metrorragia, febre e sintomas urinários. A palpação e percussão do hipocôndrio direito podem ser dolorosas, refletindo a possibilidade de peri-hepatite gonocócica ou clamidiana (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). O diagnóstico é clínico e tem como base critérios que auxiliam na decisão. Critérios mínimos: dor no abdome inferior; dor à palpação anexial; dor à mobilização do colo uterino. Critérios auxiliares: temperatura axilar > 38,3°C; secreção vaginal ou cervical mucopurulenta; proteína C reativa ou VHS elevados; comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo ou clamídia. Critérios definitivos: evidência histopatológica de endometrite; presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo-de-saco de Douglas; laparoscopia com evidência de DIPA. Para o diagnóstico são necessários três critérios mínimos e pelo menos um critério auxiliar. A conduta clínica se concentra na reversão precoce do quadro, pois a oclusão tubárea e as aderências são responsáveis por aproximadamente 20% dos casos de infertilidade, que dentre as complicações tardias é a mais importante e frequente. Mantém forte ligação com a infecção clamidiana que é causa reconhecida de dano tubário, 70-80% das mulheres infectadas a sintomatologia está ausente, favorecendo o aparecimento de lesões tubárias, causando esterilidade.

**Conclusão:**

Por se tratar de uma doença onde 90% dos casos tem por origem uma DST prévia, é importante informar os benefícios de um método de barreira seguro. Enfatiza-se para bom exame clínico e físico, atentando-se às queixas ginecológicas. Muitas vezes o diagnóstico é tardio devido à ausência de sinais e sintomas típicos, levando a complicações, principalmente infertilidade. Por isso, cabe à conduta clínica um diagnóstico precoce com reversão do quadro na tentativa de minimizar sequelas, diminuir riscos de reinfecção e recrudescência.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Referências Bibliográficas:**

BEREK, Jonathan S. Berek & Novak, **Tratado de ginecologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 1223p.

MOTTA VE. **Doença inflamatória pélvica aguda. Aspectos atuais**. Disponível em RBM - Revista Brasileira de Medicina pgs 28 à 35. CASTRO BG; **Doença Inflamatória Pélvica**; MedLearn. Disponível em: [http://www.medlearn.com.br/index.php/doenca\\_inflamatoria\\_pelvica/](http://www.medlearn.com.br/index.php/doenca_inflamatoria_pelvica/). Acesso em: 14 de jun. 2013.

FREITAS, Fernando; MENKE, Carlos Henrique; RIVOIRE, Waldemar Augusto; PASSOS, Eduardo Pandolfi. **Rotinas em ginecologia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

**Palavras-chave:** Doença inflamatória pélvica, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoea, Esterilidade.

[elis\\_schafranski@hotmail.com](mailto:elis_schafranski@hotmail.com)

### **Duplicação intestinal de origem colônica**

*Celso José Cobianchi Filho; Rafaela Ladeira da Silva Melo Campos Barreto; Marcelo  
Betim Paes Leme; Marcela Souza Cruz Oliveira; Loreley Andrade Luderer*

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

#### **Intrudução:**

As duplicações gastrointestinais são anomalias congênitas raras, diagnosticadas geralmente antes dos 2 anos de idade. Apenas a minoria dos indivíduos permanece assintomática até a vida adulta. Podem se localizar desde a base da língua até o reto, mas o intestino médio é a localização mais comum.

#### **Objetivos:**

Este relato de caso descreve uma duplicação intestinal de cólon em um paciente adulto, tratado cirurgicamente.

#### **Relato de Experiência:**

Mulher, 53 anos, procurou o serviço de cirurgia com queixas de desconforto abdominal e plenitude pós-prandial. Ao exame físico abdominal, apresentava massa palpável em epigástrio e hipocôndrio esquerdo. Solicitada Tomografia Computadorizada de abdome, que revelou volumosa massa expansiva intracavitária em hipocôndrio esquerdo, medindo cerca de 11,8x9,8 cm. Foi então indicado tratamento cirúrgico. No ato operatório foi identificada tumoração no andar supramesocólico, fortemente aderida ao mesocólon, ao cólon transverso e à cauda do pâncreas. Realizada transversectomia com anastomose primária e esplenectomia por lesão acidental dos vasos esplênicos durante a liberação da massa da cauda pancreática. O exame histopatológico, associado ao perfil imunohistoquímico, confirmaram o diagnóstico de duplicação intestinal.

#### **Resultados:**

As duplicações intestinais são anomalias congênitas raras e de baixa mortalidade. A incidência não está muito bem estabelecida, estima-se que a ocorrência seja de 1 a cada 5000 nascidos vivos. Encontradas em qualquer topografia do trato gastrointestinal, 56% situam-se no intestino médio, território irrigado pela artéria mesentérica superior. Podem ser divididas em dois tipos: tubulares e císticas. Há



diversas teorias para sua origem, a mais difundida é a falha na recanalização do intestino primitivo durante o desenvolvimento embriológico. São lesões que apresentam estrutura histológica semelhante ao segmento que lhe deu origem, com uma parede de músculo liso e revestimento mucoso. Esta parede muscular normalmente é comum com a parede intestinal, podendo ou não, haver comunicação com a luz do órgão. Localizam-se na borda mesentérica do intestino, por isso podem ser facilmente confundidas com cisto mesentérico ou de omento. A sintomatologia é inespecífica, e pode haver complicações como sangramento ou perfuração, associadas à presença de mucosa gástrica ectópica na duplicação. A malignização do segmento duplicado é rara, sendo mais observada na duplicação de cólon. O tratamento é cirúrgico, pois consegue melhora sintomática, e evita o risco de complicações ou malignização. Deve-se preconizar uma abordagem cirúrgica conservadora, no entanto, a vascularização e a parede muscular comum entre a duplicação e o órgão adjacente podem inviabilizar apenas uma ressecção isolada, sendo necessária uma intervenção maior.

#### **Conclusão:**

Embora compreenda uma patologia rara, que pode se apresentar de várias formas, a duplicação de cólon deve ser sempre lembrada no diagnóstico diferencial dos quadros de distensão abdominal crônica, sangramento intestinal, constipação e abdome agudo obstrutivo. Além disso, o conhecimento da existência e das características ao cirurgião agir da melhor forma possível no caso do seu encontro inesperado durante uma operação. A duplicação pode estar associada a outras anomalias e ainda levar a complicações secundárias. O tratamento é cirúrgico, e o prognóstico geralmente é bom.

#### **Referências Bibliográficas:**

Atzingen ACV, Bazzano FCO, Tiburzio NB, Grande RM, Netto JDJ. Duplicação intestinal e teratoma retroperitoneal na infância. **Rev Imagem** 2007;29(4):153–156.

Kim YW, Kim J, Lee KY, Kim NK, Cho CH. Asymptomatic tubular duplication of the transverse colon in an adult. **Yonsei Med J** 2005;46:189–91.

Schleef J, Schalamon J. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of intestinal duplication in childhood. A report of two cases. **Surg Endosc** 2000;14:865.

Bishop HC, Koop EC. Philadelphia - Surgical management of duplications of the alimentary tract - **Amer J Surg** 1964; 107:434.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

Allard CA, Ross DE, Hopkirk JF. Complete duplication of the large bowel treated by subtotal colectomy- **Annals of Surgery** 1949; 130:249:252.

Salvador I, Modelli MÊS, Pereira CR. Duplicação de colon: relato de caso e revisão de literatura. **Jornal de Pediatria** - Vol. 72, N<sup>o</sup>4, 1996.

Gabriel E, Caris JJM, Martinelli HM, Oliveira CA, Lima RMB, Lima CSC. Duplicações do aparelho digestivo. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2004; 31(6): 359-363.

**Palavras-chave:** Duplicação, Intestinal, Congênito.

[celso\\_cobianchi@hotmail.com](mailto:celso_cobianchi@hotmail.com)

**Ebola Virus: fatos, diagnóstico e tratamento. Como atua o ZMAPP?**

*Ana Cláudia Baylão; Ana Luiza Do Paço Baylão; Bárbara Ferreira; Guilherme Furtado Cunha; Natalia Simões; Thaian Freitas; Carlos Alberto Lacerda Pinto; Miguel de Lemos Neto.*

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

**Introdução:**

O Ebola é uma infecção viral aguda e severa cuja transmissão inicialmente se deu através do contato direto entre humanos e sangue, secreções, órgãos e fluidos de primatas e, atualmente, entre humanos. O quadro clínico da febre hemorrágica do ebola caracteriza-se por febre de início súbito, astenia, mialgia, cefaléia e dor de garganta, seguida de vômitos, diarreia, rash, injúria renal e hepática e, em alguns casos, hemorragias. O período de incubação varia de 2 a 21 dias. É uma doença de difícil diagnóstico devido aos sintomas altamente inespecíficos, comuns a diversas doenças. (WHO; 2014). Ainda não existem vacinas ou tratamento específicos, ficando restrito à terapia de suporte, mantendo o balanço hidroeletrolítico do paciente, sua oxigenação e níveis pressóricos e tratando possíveis infecções secundárias. Neste contexto, pesquisadores elaboraram um coquetel composto por uma combinação de anticorpos monoclonais nomeada ZMapp, que parece ser eficaz para controle do ebola. O tratamento experimental foi administrado em poucos humanos que, em sua maioria, apresentaram significativa melhora clínica. Apesar de não estar claro ainda se a melhora surgiu em resposta ao tratamento experimental ou a fatores endógenos, o ZMapp é o que mais se aproxima de um tratamento futuro para esta infecção. (ZHANG; LI; HUANG; QIU; FAUCI; 2014).

**Objetivos:**

O presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão da literatura médica existente acerca do Ebola, com enfoque no tratamento experimental ZMapp.

**Metodologia:**

Foram levantados os mais recentes artigos sobre o tema nas bases de dados PUBMED, MEDLINE, SIELO, BVS.

**Discussão:**

O ZMapp trata-se de uma combinação de três anticorpos monoclonais contra a proteína GP do vírus Ebola, produzidos em uma espécie de planta transgênica, *Nicotiana benthamiana*, desenvolvida por duas empresas farmacêuticas, uma norte-americana e uma canadense. Esta foi a primeira droga capaz de tratar pacientes infectados pelo Ebola. Em agosto de 2014, dois médicos americanos apresentando quadros graves da doença foram curados após a administração do ZMapp. Posteriormente, quatro pacientes receberam o mesmo tratamento. Destes, três apresentaram melhora significativa e o outro faleceu. Com os resultados favoráveis destes tratamentos experimentais criou-se a expectativa da produção em massa da droga para reduzir a letalidade da doença. Entretanto, apesar da taxa de sucesso parecer animadora, não há trabalhos científicos contundentes a respeito da eficácia do ZMapp em humanos. (ZHANG; LI; HUANG; QIU; FAUCI; 2014).

**Conclusão:**

Devido a carência de estudos comprobatórios acerca do ZMapp, até o momento, a maneira mais eficaz de controlar as epidemias de ebola é através da identificação precoce dos casos, isolamento e tratamento de suporte, em adição a medidas de educação populacional sobre a doença. Devido à alta virulência, curso severo e prognóstico reservado, é notória a necessidade do desenvolvimento de vacinas e protocolos seguros e eficazes contra o vírus Ebola, visando a prevenção e proteção da saúde das populações.

**Referências:**

- FAUCI, A. S. Ebola — Underscoring the Global Disparities in Health Care Resources. **N Engl J Med.** Set, 2014.
- QIU, X. et al. Reversion of advanced Ebola virus disease in nonhuman primates with ZMapp. **Nature**, 2014. doi:10.1038/nature13777.
- WHO. Ebola Virus Disease, 2014.
- ZHANG, Y.; LI, D.P.; JIN, X.; HUANG, Z. Fighting Ebola with ZMapp: spotlight on plant-made antibody. **Sci China Life Sci**, doi: 10.1007/s11427-014-4746-7.

## **Espiritualidade e qualidade de vida**

*Ana Cláudia Baylão; Ana Luiza Baylão; Antônio Guilherme Baylão; Sérgio Cury.*

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

### **Introdução:**

O reconhecimento da qualidade de vida determinada pela saúde e a interação de seus domínios físico, mental, social e espiritual tem proporcionado crescente número de estudos que investigam a relação existente entre espiritualidade e qualidade de vida. (PANZINI et al., 2007). Dessa forma, diversas organizações na área da Saúde passaram a indicar a realização de avaliações da espiritualidade dos indivíduos, tendo a Organização Mundial da Saúde (WHO) incluído, em 1998, o domínio espiritualidade em seu instrumento para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-100), já validado para o Brasil, país este de relevante produção científica relacionada ao tema no cenário internacional. (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010; MOREIRA-ALMEIDA, 2010; PANZINI et al., 2011; ROCHA; FLECK, 2011).

### **Objetivo:**

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma revisão de literatura, buscando conhecer a possível relação entre espiritualidade e qualidade de vida abrangendo os testes e estudos realizados e os de possível realização na população brasileira.

### **Métodos:**

Para tal, foram levantados os mais recentes artigos sobre o tema nas bases de dados PubMed Medline, Scielo e utilizados capítulos de livros disponíveis na Biblioteca Central do UniFOA.

### **Discussão:**

O crescente número de publicações envolvendo os temas espiritualidade e qualidade de vida se deu com o reconhecimento da espiritualidade como um dos domínios da saúde, determinante da qualidade de vida. Dentre as avaliações da espiritualidade que passaram a ser indicadas por organizações na área da saúde, destaca-se o instrumento para avaliação da qualidade de vida, da Organização Mundial da Saúde, que, desde 1998, inclui o domínio espiritualidade e já foi validado para o Brasil, podendo ser utilizado na população brasileira. Diversos autores

buscam definições para os conceitos Espiritualidade, Religião e Religiosidade, entretanto não há um consenso. As discussões da OMS na tentativa de mudança do conceito de saúde, definida como estado de completo bem-estar físico, mental e espiritual, favoreceram uma compreensão mais ampla sobre qualidade de vida, porém, ainda não há um consenso. Com relação aos instrumentos para avaliação do bem-estar espiritual, a maioria dos autores afirma a existência de problemas metodológicos principalmente quanto a mensuração da espiritualidade e religiosidade e a necessidade de compreensão de outras manifestações socioculturais. Ao longo da revisão bibliográfica três questionários cujos objetivos visam a compreensão da espiritualidade e envolvimento religioso dos pacientes, sendo estes: um painel de consenso do American College of Physicians com quatro perguntas; o módulo do instrumento para avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) específico para avaliar de forma trans-cultural o domínio “Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais” composto por também por quatro questões; e a Durel (Duke Religious Index) com a proposta de avaliar o envolvimento religioso dos indivíduos por meio de cinco questões com alternativas de resposta. Alguns autores relatam cursos sobre espiritualidade oferecidos por escolas de Medicina, buscando melhoria da relação médico-paciente ao demonstrar aos profissionais formas de entender e respeitar as crenças do paciente, ainda mais quando estas auxiliam o paciente a lidar com sua situação patológica. Outros autores ainda destacam a influência da religião e religiosidade na saúde mental, enfatizando também a dificuldade dos profissionais da área da saúde em lidar com esses aspectos da vida dos pacientes. Trabalhos recentes discutem o potencial do Brasil para pesquisas na área de Espiritualidade e saúde, dado abertura tanto da população quanto da academia para estudos do tipo, revelando a importância de estudos e discussões do tema.

**Conclusão:**

De acordo com os artigos aqui estudados conclui-se que existe uma relação entre espiritualidade e qualidade de vida. Os testes apresentados são curtos e de fácil aplicação.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Referências:**

FLECK, M. P. A.; BORGES, Z. N.; BOLOGNESI, G. ROCHA, N. S. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-55, 2003.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 88-94, 2007.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.

LO, B.; QUILL, T.; TULSKY, J. Discussing palliative care with patients. **Ann Intern Med**, v. 130, n. 9, p. 744-9, 1999.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Implicações dos estudos brasileiros em psiquiatria e espiritualidade. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 39, n. 5, p. 181, 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 2, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M. F.; ALOE, F.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Versão em Português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, p. 31-2, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PINSKY, I.; ZALESKI, M. J. B.; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 1, Jan. 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, n. 3, p. 242-50, 2006.

NETTO, S. M.; MOREIRA-ALMEIDA, A. **Metodologia de Pesquisa pra Estudos em Espiritualidade e Saúde**. In: **Arte de Cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação**. Bragança Paulista: Editora Comenius, 2010.

PAIVA, G. J. **Espiritualidade e qualidade de vida: pesquisas em psicologia**. In: **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: Editora EDPUCRS, 2004.

PANZINI, R. G.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 105-15, 2007.

PANZINI, R. G.; MAGANHA, C.; ROCHA, N. S., et al. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, Fev. 2011.

PUCHALSKI, C. M. LARSON, D. B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Acad Med**, v. 73, p. 970-4, 1998.

ROBERTO, G. L. **Espiritualidade e Saúde**. In: **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: Editora EDPUCRS, 2004.



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. **Religiosidade, saúde e qualidade de vida: uma revisão de literatura**. In: **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: Editora EDPUCRS, 2004.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, R. L. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-12, 2001.

SARRIERA, J. C. **Saúde, bem-estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas atuais**. In: **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: Editora EDPUCRS, 2004.

SELIGMAN, M. E.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: an introduction. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 5-14, 2000.

SKEVINGTON, S. M. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. **Quality of Life research**, v. 11, p. 135-44, 2002.

SLOAN, R. P.; BAGIELLA, E.; POWEL, T. Religion, spirituality, and medicine. **The Lancet**, v. 353, n. 9153, p. 664-7, 1999.

TEIXEIRA, E. F. B.; MULLER, M. C; SILVA, J. D. T. **Espiritualidade e Qualidade de Vida**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora EDPUCRS, 2004.

UNDERWOOD-GORDON, L.; PETERS, D. J.; BIJUR, P.; FUHRER, M. Roles of religiousness and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with disabilities: A commentary. **Am J Phys Med Rehabil**, v. 76, n. 3, p. 255-7, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Geneva: WHO/MSA/MHP, v. 98, n. 2, p. 2-23, 1998.

ZILLES, U. **Espiritualidade cristã**. In: **Espiritualidade e Qualidade de vida**. Porto Alegre: Editora EDPUCRS, 2004.

Palavras-Chave: Saúde, Espiritualidade, Qualidade de vida.

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



## **Faringoamigdalite Estreptocócica**

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

*UniFOA- Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.*

### **Introdução**

A presença de dor de garganta é uma das causas mais comuns de busca pela assistência médica. Entre as causas dessa queixa, está a faringoamigdalite aguda. Embora a grande maioria desses pacientes tenha infecção viral, é fundamental identificar quais pacientes têm faringoamigdalite secundária à infecção pelo *Streptococcus pyogenes* (CARVALHO; MARQUES, 2006). A faringoamigdalite aguda é uma das doenças mais frequentes na prática pediátrica, sendo o estreptococo beta-hemolítico do grupo A o agente etiológico bacteriano mais comum. O seu diagnóstico e tratamento adequados são importantes principalmente para a prevenção de seqüela não-supurativas (FONTES, et al., 2007). Acomete com maior frequência crianças após os cinco anos de vida, mas pode ocorrer, não raramente, em menores de três anos. Essa estreptocócica é mais comum no final do outono, inverno e primavera, nos climas temperados. O período de incubação é de dois a cinco dias. O meio mais comum de contágio é pelo contato direto com o doente, por secreções respiratórias (PITREZ, 2003). Disseminando-se dos focos primários da infecção, particularmente da faringe e amígdalas, o *Streptococcus pyogenes* pode infectar diferentes órgãos e tecidos do organismo e provocar complicações supurativas. Além disto, as infecções estreptocócicas da orofaringe podem ser seguidas de uma seqüela grave, a febre reumática. As recomendações internacionais sugerem para a maioria dos casos de faringite estreptocócica não só o acompanhamento clínico, mas também o uso de testes laboratoriais para confirmar a presença da bactéria na orofaringe (SCALABRIN, et al., 2003). Em virtude da variabilidade de apresentações clínicas da faringoamigdalite estreptocócica e do grande número de outros agentes capazes de produzir quadro clínico semelhante, nem sempre o diagnóstico clínico da faringoamigdalite causada pelo *Streptococcus pyogenes* é confiável (FILHO, et al., 2006).

### **Objetivo**

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma revisão atualizada sobre um importante acometimento de faringoamigdalite aguda, causada por bactérias do grupo A de Lancefield e seu diagnóstico etiológico preciso. Com isso, visa auxiliar na diminuição da duração da doença e propiciar o uso correto dos antimicrobianos, para que seja minimizados a resistência bacteriana e efeitos adversos.

### **Metodologia**

Para o presente trabalho, serão selecionadas e revisadas referências obtidas na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Google Acadêmico e NCBI *Pubmed*, compreendidos entre os anos de 2003 e 2007. Após o levantamento bibliográfico, serão escolhidos os artigos conforme a relevância para o tema proposto. Os estudos serão realizados através de análises de dados e interpretados de modo a esclarecer a importância do diagnóstico preciso das faringoamigdalites estreptocócicas.

### **Relevância**

Recentemente no Brasil e em outros países em desenvolvimento, ocorreu uma intensa aglomeração urbana, aumento de poluição nas cidades e no campo e um início da escolarização cada vez mais precoce, o que tem feito aumentar os índices de faringoamigdalites e suas complicações. Por isso, este tema é de grande interesse na literatura médica, tanto para a realização de um diagnóstico correto quanto para o uso adequado de antibióticos.

**Palavras-chave:** Faringoamigdalites, Estreptocócica; Resistência Bacteriana.

### **Referências**

CARVALHO, C. M. N.; MARQUES, H. H. S. Recomendação do Departamento de Infectologia da Sociedade Brasileira de Pediatria para conduta de crianças e adolescentes com faringoamigdalites agudas. **Jornal de pediatria**, Porto Alegre, v. 86, p. 79, n. 1, 2006.

FILHO, B. C. A. et al., Papel do teste de detecção rápida do antígeno do estreptococcus b-hemolítico do grupo a em pacientes com faringoamigdalites. **Revista brasileira de otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 72, p. 13, n. 1, 2006.

FONTES, M. J. F. et al., Diagnóstico precoce das faringoamigdalites estreptocócicas: avaliação pelo teste de aglutinação de partículas de látex. **Jornal de pediatria**, Porto Alegre, v. 83, p. 466, n. 5, 2007.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

PITREZ, P. M. C.; PITREZ, J. L. B. Infecções agudas das vias aéreas superiores - diagnóstico e tratamento ambulatorial. *Jornal de pediatria*, Porto Alegre, v. 79, p. 81, n. 1, 2003.

SCALABRIN, R. et al., Isolamento de *Streptococcus pyogenes* em indivíduos com faringoamigdalite e teste de susceptibilidade a antimicrobianos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 69, p. 815, n. 6, 2003.

**Fatores assistenciais que interferem na terapia do paciente idoso hipertenso**

*Talita Cristine Souza Lima; Walter Luiz Morais Sampaio da Fonseca*

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

**Introdução:**

A Hipertensão Arterial (HA) é uma das mais principais causas de morbidade e mortalidade universais, e um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca (BORGES; CRUZ; MOURA, 2008). Definida como uma doença crônica multifatorial que depende de vários mecanismos interligados, muitos dos quais se alteram com o envelhecimento (FILHO, AZUL, CURIATI; 1983). Consiste em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50 para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O risco de desenvolver hipertensão arterial aumenta com o avanço da idade, sendo a doença crônica mais comum em idosos, com prevalência igual ou superior a 60% em países desenvolvidos, assim como na América Latina e Caribe (COSTA *et al*, 2009). Ter mais conhecimento sobre a população idosa, no que tange ao estilo de vida, ao nível de escolaridade e social; bem como sua relação com seu médico, no que tange a acessibilidade, disponibilidade e intimidade, nos responderiam à indagação do por que esta faixa etária ser tão acometida, somados aos fatores genéticos e senis, que são, atualmente, bem elucidados.

**Objetivos:**

Identificar os fatores assistenciais que podem interferir na adesão dos pacientes idosos ao tratamento da HA. Visa à identificação da prevalência e dos fatores que levam ao seguimento inadequado da terapêutica de idosos hipertensos no âmbito da atenção básica, assistidas em Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Machado, Minas Gerais.

**Metodologia:**

Serão estudados um total de 30 pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, todas elas portadoras de hipertensão arterial. A coleta dos dados será feita por um

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

dos pesquisadores com intermédio dos agentes comunitários das USF do município de Machado, Minas Gerais; por meio de entrevista aos pacientes idosos hipertensos cadastrados a estas unidades. Todos os participantes da pesquisa ou responsáveis legais assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o supervisor/secretário das USF em questão deverá assinar a permissão para a realização das entrevistas domiciliares. Será elaborado um projeto de pesquisa do qual deverá constar um questionário com perguntas objetivas e um cronograma de ação, ambos anexados a este trabalho. Os critérios de inclusão serão pacientes idosos hipertensos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, podendo ser homens ou mulheres que apresentem capacidade cognitiva preservada ou que tenha um acompanhante que o cuida no mínimo 8h por dia, tendo assinado o TCLE. Os critérios de exclusão serão os pacientes hipertensos com idade inferior à 59 anos, os portadores de doença de Alzheimer, de Parkinson, demência ou qualquer outra doença que possa levar a um déficit cognitivo, além dos pacientes que não assinarem o TCLE. O projeto deverá ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoEPS) do UniFOA. Os resultados serão submetidos à análise estatística.

**Resultados:**

Os resultados serão avaliados de acordo com os dados coletados com a aplicação do questionário.

**Discussão:**

A discussão será elaborada elencando e comparando os dados coletados com a aplicação do questionário.

**Conclusão:**

Serão comparados os resultados da pesquisa com a literatura para que se possa ser elaborada a conclusão do trabalho.

**Referências Bibliográficas:**

BORGES, H. P.; Cruz, N. C; Moura, E. C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos. 91. ed. São Paulo: 2008.

COSTA, M. F. F. L. et al. **Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos.** 43. ed. Brasil: 2009.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

FILHO, E. T. C; AZUL, L. G.S; CURIATI, J. A. E. **Hipertensão arterial no idoso**. 41. ed. São Paulo: 1983.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. 95. Ed. São Paulo: 2010.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Idosos, Adesão ao tratamento.

**Fatores determinantes para uma crise hipertensiva em hipertensos de dois  
módulos de Saúde da Família localizados na Zona Rural do município de  
Resende**

*Leticia Baldez de Almeida; Danielli Rodrigues Leite da Silva; Livia Caroline Saviolo  
Cunha; Talita Cristine Sousa Lima; Marleany Garcia Barros Mohallem Correa; Walter  
Luiz Moraes Sampaio da Fonseca; Marcilene Maria de Almeida Fonseca*

*UniFOA- Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

### **Introdução**

Atualmente, em nosso país, está ocorrendo uma alteração no perfil epidemiológico, ou seja, as doenças crônicas não-transmissíveis estão aumentando sua incidência ao se comparar com as doenças agudas (LACERDA et al, 2010). Incluída nesse grupo está a Hipertensão Arterial Sistêmica que acomete 20% da população adulta mundial (CARNELOSO et al, 2004). Estudos reportam que três quartos dos hipertensos mantêm pressão arterial não controlada, mesmo recebendo terapia anti-hipertensiva. Desses, cerca de 1% desenvolve um ou múltiplos episódios de crise hipertensiva (LACERDA et al, 2010). Assim, apesar dos avanços em relação ao seu tratamento, os índices de controle adequado da Hipertensão Arterial Sistêmica ainda são insatisfatórios (MONTEIRO JUNIOR et al, 2008).

### **Objetivo**

Identificar se existiram falhas no controle da pressão arterial na época que ocorreu a crise hipertensiva, e se existiram onde estão.

### **Metodologia**

Pesquisa transversal e retrospectiva com 20 pacientes hipertensos dos módulos de saúde da família Serrinha e Capelinha, do município de Resende. Para o estudo obteve-se permissão da Prefeitura Municipal de Resende, do Centro Universitário de Volta Redonda- UniFOA, e o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CoEPS). Todos os pacientes previamente concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A não aceitação implicou em exclusão da pesquisa. Foram critérios de inclusão idade superior à 21 anos, hipertensos em tratamento nas unidades, que tivessem apresentado ao menos um episódio de crise hipertensiva nos cinco anos anteriores. Para a realização desse

estudo utilizou como material o prontuário desses pacientes e um questionário previamente elaborado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CoEPS). Adotamos a definição de Varon e Marik para crise hipertensiva como uma situação caracterizada pela elevação rápida e inapropriada, intensa e sintomática da pressão arterial (SILVA et al, 2013).

### **Resultados**

Observamos que 60% dos indivíduos eram do gênero feminino e 40% masculino, sendo a faixa etária predominante de 61-70 anos (45%). Todos os participantes desta pesquisa eram hipertensos em uso de algum anti-hipertensivo antes do episódio de crise hipertensiva. Dentre eles, 13 (65%) afirmaram que estavam tomando regularmente a medicação quando aconteceu o episódio. Em relação à adesão 15 (75%) pacientes compareciam as consultas regularmente e 5 (25%) não. E 17 (85%) participantes disseram receber regularmente visitas de agentes comunitários. No quesito prática regular de atividades físicas, 17 (85%) entrevistados não praticavam. Já em relação à dieta adequada, somente 7 hipertensos seguiam, representando um total de 35% do total. Do total da amostra 1 (5%) entrevistado fumava de 21 à 30 cigarros por dia, 2 (10%) de 11 à 20 e 1 (5%) menos de 11. Os 16 restantes não fumavam, representando um total de 80% da amostra.

### **Discussão**

Neste presente trabalho é importante ressaltar a adesão farmacológica dos pacientes ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, o alto comparecimento às consultas de rotina e a participação ativa da equipe de agentes comunitários de saúde, que são o resultado do envolvimento de todos os integrantes dos módulos de saúde da família junto com a comunidade. O que chama atenção é o fato de que a grande maioria não praticava atividade física e nem fazia uma dieta adequada. As falhas apresentadas foram conferidas a fatores econômicos e ambientais.

### **Conclusão**

Portanto, a prevenção de crises hipertensivas passa pela adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas cotidianas. O controle não farmacológico é de suma importância, porém de difícil execução. Os profissionais precisam buscar



estratégias junto com o paciente e seus familiares, a fim de encontrar formas de evitar essa complicação.

### **Referências**

CARNELOSO, M. L. et al. **Enfermidades não-transmissíveis na atenção básica: novo desafio para o PSF.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília. p. 117-126, 2004.

LACERDA, I. C. et al. Características da clientela atendida por crise hipertensiva na emergência de um hospital municipal de Fortaleza, Estado do Ceará. **Maringá**, v. 32, n. 1, p. 73-78, 2010.

MONTEIRO JÚNIOR, F. C. et al. Prevalência de Verdadeiras Crises Hipertensivas e Adequação da Conduta Médica em Pacientes Atendidos em um Pronto-Socorro Geral com Pressão Arterial Elevada. **Arq Bras Cardiol.** v. 90, n. 4, p. 269-73, 2008.

SILVA, M. A. M. et al. Crise Hipertensiva, Pseudocrise Hipertensiva e Elevação Sintomática da Pressão Arterial. **Rev Bras Cardiol.** v. 26, n.5, p. 329-36, 2013.

**Palavras-chave:** Emergência, Hipertensão, Crise hipertensiva.

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

## **Fibrilação atrial por doença reumática e formação de trombo em átrio esquerdo**

*Tchandra Andrade Gomide<sup>1</sup>, Amanda Moreira Pimentel<sup>1</sup>, Fernanda Teodora de Souza Abrantes<sup>1</sup>, Henrique Rivoli Rossi<sup>1</sup>, Marcelle de Novaes Tavares<sup>1</sup>, Natália Canêdo Almeida<sup>1</sup>, Janine Capobianco Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>, Tiago Araújo Gomes Maciel<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> Acadêmica Interno do Curso de Medicina do UniFOA

<sup>2</sup> Médica Residente em Clínica Médica - Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

### **Introdução:**

A fibrilação atrial é uma arritmia supraventricular em que ocorre a completa desorganização elétrica atrial, fazendo com que o átrio perca sua capacidade de contração. É a taquiarritmia cardíaca mais comum na prática clínica encontrada, com prevalência de 1-2% da população em geral e aumentando com o avanço da idade. Esta associada frequentemente a doenças estruturais cardíacas, sendo principalmente doença hipertensiva e doença reumática.<sup>1,4</sup> O diagnóstico é feito pelo Eletrocardiograma (ECG) e abordagem do paciente depende da apresentação clínica, sintomatologia, duração e risco de eventos tromboembólicos. Como favorece formação de trombo é recomendado a utilização de antiplaquetários e anticoagulantes, como também betabloqueadores para o controle de frequência cardíaca.<sup>2,3</sup>

### **Objetivo:**

Relatar o caso clínico de achado de fibrilação atrial com sério comprometimento valvar e trombo em câmara cardíaca esquerda, num paciente assintomático, acompanhando sua evolução e tratamento.

### **Relato de caso:**

J B C, 63 anos, casado, aposentado, morador do município de Barra Mansa procurou atendimento ao pronto socorro de hospital com queixa de dispneia, tosse produtiva, febre não aferida. Relatou ter procurando atendimento anterior e estava há 5 dias em uso de Levofloxacina, sem melhora aparente do quadro. Negava diabetes mellitus e relatava hipertensão arterial sistêmica sem tratamento. Ex tabagista e etilista crônico há 17 anos. Ao exame físico apresentava ritmo cardíaco irregular e bulhas hiperfonéticas, ausculta pulmonar de com murmúrio vesicular universalmente audível e abolido em base direita,

abdômem sem alterações. Diagnosticado derrame pleural e internação do paciente, tratado com Amoxicilina e Clavulanato. Em ECG observou frequência cardíaca aumentada de 105 bpm, ausência de onda P, irregularidade entre intervalo RR e estreitamento QRS, fechando o diagnóstico de fibrilação atrial. Ecocardiograma demonstrou aumento de átrio esquerdo em 47mm e imagem sugestiva de trombo em seu interior, dupla lesão mitral reumática com estenose grave e insuficiência leve e insuficiência aórtica reumática leve. A tomografia computadorizada demonstrou derrame pleural bilateral, maior a direita, determinando atelectasia compressiva do parênquima pulmonar adjacente, aumento de volume com falha de enchimento extensa na parede superior do átrio esquerdo, que se estende até auriculeta, sugerindo trombo no seu interior, notando-se ainda calcificação grosseira da valva mitral e leves calcificações na valva aórtica. Foi prescrito Varfarina o que levou a sangramento gástrico e suspensão do medicamento. Solicitado parecer do cirurgião cardíaco e indicado cirurgia cardíaca para trocar de valvas. Prescrito Omeprazol em dose plena, vitamina K, diurético e anti-hipertensivo. No momento está aguardando realização de exames pré-operatórios para cirurgia cardíaca.

**Conclusão:**

O relato de caso descreve paciente que apesar de apresentar-se com queixas respiratórias foi encontrado patologia cardíaca grave, decorrente de uma valvopatia reumática desconhecida levando a fibrilação atrial e formação de trombo, resultando um quadro grave, pela incapacidade de uso da medicação correta pelo etilismo crônico do paciente.

**Bibliografia:**

Filho, Correa Harry e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes Brasileiras de Cardiologia**, Pocket Book. 5ª edição, 2011-2013.

MARQUES, Edna et al. Anticoagulação oral em pacientes com fibrilação atrial: das diretrizes à prática clínica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 1, p. 56-61, 2010.

SAAD, EDUARDO B. et al. Tratamento da fibrilação atrial. **Tratamento da fibrilação atrial**, p. 7, 2012.

Zimmerman, Li, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial**. Arq. Bras. Cardiol 2009, 92: 1-39.

**Palavras-chave:** fibrilação atrial, valvopatia reumática, trombo.

[tchandra\\_gomide@hotmail.com](mailto:tchandra_gomide@hotmail.com)

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

## **Gastroenterite: Rotavírus**

*Juliana Oliveira da Silveira; Marcelle de Novaes Tavares.*

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

### **Introdução:**

Todas as crianças têm contato com rotavírus e se infectam nos primeiros 3 a 5 anos de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde, eles são responsáveis por aproximadamente mais de 1 milhão de óbitos por ano em menores de 5 anos nos países subdesenvolvidos<sup>1,3,14</sup>. Os serviços de vigilância epidemiológica mostram que o rotavírus é ainda a principal causa de diarreia grave. Estima-se que essa doença seja responsável por 5 a 10% de todos os episódios diarreicos em crianças menores de 5 anos<sup>2,6,8</sup>. É importante frisar que em crianças prematuras, de baixo nível sócio-econômico ou com deficiência imunológica, a infecção pelo rotavírus assume uma maior gravidade<sup>8,22</sup>. O rotavírus também tem grande participação nos surtos de gastroenterite hospitalar<sup>19,20</sup>.

### **Objetivo:**

O presente estudo tem como objetivo desenvolver uma revisão bibliográfica sobre gastroenterite aguda e sua principal relação com rotavírus, apresentando uma breve análise de artigos publicados em periódicos científicos indexados ou textos de livros que tratem, direta ou indiretamente de Rotavírus, visando melhor conhecimento sobre este relevante tema.

### **Metodologia:**

Baseou-se em consultas de artigos brasileiros, disponibilizados para acesso na internet, compreendendo o período de 2000 a 2013, por meio de pesquisas realizadas no SCIELO, LILACS, PUBMED e MEDLINE. O tipo de pesquisa será qualitativa, servindo como base para confecção de um artigo de revisão bibliográfica.

### **Discussão:**

Até o momento são reconhecidos sete grupos antigenicamente distintos: A, B, C, D, E, F e G, sendo que os grupos A, B, e C são associados a doença no homem<sup>3,11,14,19</sup>. Praticamente todas as crianças têm contato com rotavírus e se infectam nos primeiros 3 a 5 anos de vida, mas os casos graves ocorrem

principalmente na faixa etária de 3 a 35 meses<sup>1</sup>. A infecção varia desde um quadro leve, com diarreia aquosa e duração limitada a quadros graves com desidratação, febre e vômitos, podendo evoluir a óbito. O período de infecção é de 1 a 4 dias. A perda hídrica muitas vezes é intensa, levando muitas vezes à desidratação. Na maioria dos casos a diarreia é autolimitada e tem duração de quatro a oito dias<sup>1,2,15,18</sup>. Entretanto, em pacientes imunodeprimidos, o quadro pode ser mais grave e a diarreia um pouco mais prolongada<sup>2</sup>. A febre aparece em 70% dos casos, pode ser elevada e dura em média de dois a três dias<sup>3</sup>. Atualmente, o controle das gastroenterites por rotavírus se condiciona ao advento de uma vacina eficaz para uso corrente ao longo do primeiro semestre de vida. A introdução da vacina no calendário nacional foi prevista para março de 2006 e pretendeu atender crianças nascidas a cada ano, a partir dos dois meses de idade. O Brasil é o primeiro país a incluir a vacina contra o rotavírus em seu Sistema Público de Saúde<sup>10,12,19,21</sup>. A prevenção é feita pela adoção das medidas de higiene, embora em crianças o contágio seja comum mesmo em ambientes higiênicos. Nesse sentido, o estímulo ao aleitamento materno teria fundamental importância pelos altos níveis de anticorpos contra o rotavírus<sup>10,12,21</sup>.

### **Conclusão:**

Os serviços de vigilância epidemiológica dos países desenvolvidos mostram que o rotavírus é ainda a principal causa de diarreia grave. Também aparece como causa freqüente de hospitalização, atendimentos de emergência e consultas médicas. Em enfermaria de pediatria, a infecção hospitalar é frequente, e nas creches a doença ocorre tanto na forma endêmica como epidêmica.

### **Referências Bibliográficas:**

1. ANDREASI, Márcia Sueli Assis et al. Rotavírus A em crianças de até três anos de idade, hospitalizadas com gastroenterite aguda em Campo Grande, Estado do Mato Grosso do Sul. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2007, vol.40, n.4, pp. 411-414. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822007000400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822007000400008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.
2. ARAUJO, Telma Maria Evangelista de; DANTAS, Jordânia Miranda; CARVALHO, Carlos Eduardo Feitosa e COSTA, Maria Amélia de Oliveira. **Surto de diarreia por rotavírus no município de Bom Jesus (PI)**. Ciênc. saúde coletiva. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1039-1046.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

3. BALDACCI, Evandro Roberto; CANDEIAS, J. A. N.; BREVIGLIERI, José Carlos e GRISI, Sandra Josefina Elero. **Etiologia viral e bacteriana de casos de gastroenterite infantil: uma caracterização clínica.** Rev. Saúde Pública. 1979, vol.13, n.1, pp. 47-53.
4. BRAUNWALD E, FAUCI AS, KASPER DL, HAUSER SL, LONGO DL, JAMESON JL e, editors. **Harrison Medicina Interna.** 16ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006. v. 1.
5. CANDEIAS, J. A. N.; ROSENBERG, Cornélio P. e RACZ, M. L.. **Identificação por contraímunoelctroforese de rotavírus em casos de diarreia infantil.** Rev. Saúde Pública. 1978, vol.12, n.1, pp. 99-103.
6. CAUAS, Renata Cavalcanti. **Diarreia por rotavírus em crianças desnutridas hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2006, vol.6, suppl.1, pp. s77-s8. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000500011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.
7. CARDOSO, Divina das Dores de Paula et al. **Rotavírus e adenovírus em crianças de 0-5 anos hospitalizadas com ou sem gastroenterite em Goiânia - GO., Brasil.** Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo [online]. 1992, vol.34, n.5, pp. 433-439. ISSN 0036-4665.
8. CILLI, Audrey et al. **Caracterização molecular de cepas de rotavírus e norovírus: um estudo de 6 anos (2004-2009).** J. Pediatr. (Rio J.). 2011, vol.87, n.5, pp. 445-449. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572011000500013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000500013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 25 nov. 2011.
9. COSTA, Paulo S. S. et al. **Infecções e reinfecções por Rotavírus A: genotipagem e implicações vacinais.** J. Pediatr. (Rio J.). 2004, vol.80, n.2, pp. 119-122. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.
10. HOMMA, Akira et al. **Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica.** Ciênc. saúde coletiva. 2011, vol.16, n.2, pp. 445-458. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.
11. LEITE, Christiane Araujo Chaves; SUCCI, Regina Célia de Menezes; PATRICIO, Francly Reis da Silva e FAGUNDES-NETO, Ulysses. **Aspectos funcionais, microbiológicos e morfológicos intestinais em crianças infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana.** Arq. Gastroenterol. 2006, vol.43, n.4, pp. 310-315. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-28032006000400013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032006000400013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.
12. LINHARES, Alexandre C. E VILLA, Luisa Lina. **Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV).** J. Pediatr. (Rio J.) 2006, vol.82, n.3, suppl., pp. s25-



s34. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572006000400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000400004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.

13. LINHARES, Alexandre C.. **Epidemiologia das infecções diarreicas entre populações indígenas da Amazônia**. Cad. Saúde Pública. 1992, vol.8, n.2, pp. 121-128. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1992000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.

14. LINHARES, Alexandre C.. **Epidemiologia das infecções por rotavírus no Brasil e os desafios para o seu controle**. Cad. Saúde Pública. 2000, vol.16, n.3, pp. 629-646. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.

15. MARCONDES, E; VAZ, F.A.C; RAMOS, J.L.A; OKAY, Y. **Pediatria Básica**. 9ª edição, Sarvier S.A. 2003, São Paulo.

16. MASCARENHAS, Joana D'Arc P.; GABBAY, Yvone B.; FREITAS, Ronaldo B. e LINHARES, Alexandre C.. **Distribuição temporal de perfis eletrofocéticos de Acido nucleico de rotavírus em fezes de crianças em Belém, Pará**. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 1988, vol.83, n.4, pp. 415-419. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0074-02761988000400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02761988000400004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24 nov. 2011.

17. MORILLO, Simone G. et al. **Caracterização de genótipos de rotavírus em creches: era pré- e pós-vacinação contra o rotavírus**. J. Pediatr. (Rio J.) 2010, vol.86, n.2, pp. 155-158. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 25 nov. 2011.

18. SILVA, Sidnei. **Ocorrência de Cryptosporidium sp em amostras fecais de crianças, menores de 10 anos de idade, com indicação clínica de Rotavírus**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2003, vol.36, n.3, pp. 421-423. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822003000300018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000300018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 25 nov. 2011.

19. SILVA, Mariluce Lima da; SOUZA, Joelma Rodrigues de MELO, Maria Mabel Monte de. **Prevalência de rotavírus em crianças atendidas na rede pública de saúde do estado de Pernambuco**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2010, vol.43, n.5, pp. 548-551. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822010000500015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000500015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.

20. SOUZA, Eloisa C. et al. **Perfil etiológico das diarreias agudas de crianças atendidas em São Paulo**. J. Pediatr. (Rio J.). 2002, vol.78, n.1, pp. 31-38. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572002000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.

21. RODRIGUES, Maura Menezes et al. **Indícios de Rotavirus na etiologia de um surto de infecção de origem alimentar**. Ciênc. Tecnol. Aliment. 2004, vol.24, n.1,

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: "O desafio da Atenção Básica como escola"**

pp. 88-93. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-20612004000100017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-20612004000100017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2011.

22. TIMENETSKY, Maria do Carmo Sampaio Tavares et al. **Rotavírus, adenovírus, astrovírus, calicivírus e "Small Round Virus Particles" em fezes de crianças, com e sem diarreia aguda, no período de 1987 a 1988, na Grande São Paulo.** Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo . 1993, vol.35, n.3, pp. 275-280.

**Palavras-chave:** rotavírus, vacinação, vírus.

[juliana.osilveira@yahoo.com.br](mailto:juliana.osilveira@yahoo.com.br)



**Hipotermia terapêutica: fatores de riscos e benefícios para o tratamento**

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

*Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA*

**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. Tendo em vista que a síntese de calor se deprime quando mecanismos cutâneos e nervosos, chamados reguladores, se exaurem rapidamente fazendo com que haja queda da temperatura, foi estudado o resfriamento do sistema nervoso central para a prática terapêutica em pacientes comatosos, pois a declínio da temperatura leva à supressão dos controles hipotalâmicos, permitindo evitar sequelas neurológicas (SIQUEIRA, *et Al.* 2005). A prática terapêutica 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 utilizada, em adultos, nos tratamentos de pós-parada cardiorrespiratória (PCR) (FEITOSA-FILHO; SENA, 2009). Atualmente, submeter os pacientes comatosos pós PCR a hipotermia significa oferecer o melhor tratamento disponível para a síndrome de pós ressuscitação, o que tem importante repercussão ética e econômica (NOLAN et al., 2003; POLDERMAN, 2004; NOLAN, 2005). Foi analisado, por um estudo observacional com controles históricos, a beneficência do uso da hipotermia no tempo da internação em UTI de pacientes pós PCR. Esses pacientes, além de evoluir beneficemente os desfechos neurológicos, apresentaram também uma redução no tempo de internação nas unidades intensivas em uma média de 21 para 14 dias (STORM, 2006). Não obstante desses benefícios, a prática dessa terapia é limitada (MERCHANT, 2006; ABELLA, 2005). A hipotermia é uma terapêutica pouco utilizada por intensivistas e emergencistas, profissionais estes que reanimam ou recebem os pacientes vítimas de PCR. 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, se a hipotermia terapêutica fosse completamente implementada nos hospitais, surgiram dúvidas 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.

(MAJERSIK, 2008). 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 a importância dessa prática, mas conhecer quais são os riscos que podem ocorrer durante o tratamento. E como evidenciá-los para que haja melhoria e aprimoramento do trabalho do médico e da evolução do paciente. 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.

### **Revisão de literatura:**

#### **Contexto histórico**

Com a finalidade de neuroproteção, reduzindo a injúria secundária, a hipotermia como terapia foi proposta em 1940. (FAY T, 1945). Em 1942, durante conferência médica de Berlim, o médico nazista Sigmund Rasher, responsável por experimentos utilizados técnicas de hipotermia em prisioneiros, apresentou uma pesquisa com o objetivo de aumentar a sobrevivência de pilotos alemães da Luftwaffe (força aérea alemã) que eram abatidos sobre as águas gélidas do Mar do Norte e morriam de hipotermia. (TIERNEY, 2005). A aplicação clínica foi inicialmente utilizada no tratamento de neonatos cianóticos (o fenômeno dos bebês azuis) em 1949 e nas primeiras cirurgias cardíacas em 1952. (YAMANAKA, 1998). Desde 1950, usa-se a hipotermia moderada (28 – 32°C, SAFAR P, 1988) nas cirurgias cardíacas, antes da indução de parada cardíaca para preservar e proteger o cérebro contra isquemia global. (MARION DW; LEONOV Y, *et Al.* 1966). Peter Safar, nesta época estudou em animais a hipotermia moderada após parada cardiorrespiratória (PCR), com o objetivo de reanimação. Porém seus resultados não convenceram. (SAFAR P, 1993). À despeito de ocasionalmente existirem resultados encorajadores, a hipotermia moderada foi abandonada para reanimação PCR devido suas complicações clínicas, como tremores, arritmias, coagulopatias e infecções pulmonares. (BEASON DW; WILLIAMS DR., *et Al.* 1958). Em 1980, Marion DW, Leonov Y e Safar P trouxeram, novamente, a prática terapêutica da hipotermia moderada após PCR. Com estudos em animais, esses autores encontraram importantes benefícios nos prognósticos reproduzidos em cães. Dr. Leonov, *et Al.* mostraram em suas experiências em cães – 1987, que não somente a hipotermia

moderada, mas a hipotermia leve também possuía efeitos benéficos de preservação e proteção cerebral e que, ao contrário da moderada, era clinicamente segura. (HOSSMANN KA; SAFAR P, 1988). Em 2000, o *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) – um órgão internacional, cuja missão é unificar o consenso científico em reanimação cardiopulmonar e o atendimento de emergências cardiovasculares no mundo – deu início ao complexo processo de revisão e confecção do novo Consenso Internacional em Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergências, e, em colaboração com a Associação Americana de Cardiologia (AHA), produziu as primeiras diretrizes (guide lines) internacionais de reanimação cardiopulmonar. (CUMMINS RO; HAZINSKI MF, 2000). O ILCOR, ainda em colaboração com a AHA, revisou evidências científicas extraídas de um estudo de 2003 – JP Nolan. *et Al.* – sobre hipotermia terapêutica após parada cardíaca, permitindo assim uma nova publicação do posicionamento sobre a hipotermia utilizada como terapias. A recomendação desse novo estudo foi que, adultos inconsciente com circulação espontânea pós PCR fora do hospital e com ritmo inicial de fibrilação ventricular deveriam ser resfriados para 32 a 34°C, por 12 a 24 horas. Acrescentando que a hipotermia também pode ser benéfica para outros ritmos ou para PCR intra-hospitalar. Concluiu que é necessário o avanço de pesquisas em qualidades e quantidade para definir os melhores e mais seguros métodos para hipotermia pós reanimação. (NOLAN JP; MORLEY PT, 2003). Em 2005 essas recomendações passaram a fazer parte das novas diretrizes do ILCOR. (*American Heart Association*, 2005). Incluindo às diretrizes a recomendação do uso da hipotermia no suporte após PCR e também fizeram esta inclusão na reanimação pediátrica (*AMERICAN HEART ASSOCIATION*, 2006). Atualmente, médicos americanos estudam a técnica de “animação suspensa” já testada em animais e possivelmente será testada em humanos, trata-se de um procedimento similar à indução de hipotermia. O governo dos Estados Unidos, permitiu que essa técnica seja testada em pacientes que não sobreviveriam sem essa terapêutica. Samuel Tisherman, cirurgião do *UMPC Presbyterian Hospital em Pittsburg*, acredita essa ser uma técnica que poderá dar aos médicos tempo suficiente para operar traumas ou ferimentos que seriam geralmente fatais (*UMPC/UNIVERSITY OF PITTSBURGH SCHOOLS OF THE HEALTH SCIENCES*, 2014).

### **Classificação de Hipotermia**

A complexidade da hipotermia pode ser observada pela sua classificação:

	AHA	Danzi DF	Gentilello	Safar	Lichtenstein
Hipotermia	2005	1998	1996	1990	1998
LEVE	>34°C	32.2-35°C	34-35.9°C	34-36°C	34-32°C
MODERADA	30-34°C	28-32.1°C	32-33,9°C	28-32°C	32-28°C
GRAVE	<30°C	<28°C	<32°C	15-25°C	<28°C

Quadro 1: Classificação de hipotermia – pesquisadores e época de definição.

A preferência pela última classificação é justificada por dois fenômenos importantes: a 32°C os tremores cessam; abaixo de 28°C aumenta significativamente o risco de fibrilação ventricular (LICHTENSTEIN, 1998).

### **Modo de ação da Hipotermia**

O experimento com hipotermia em laboratórios tem sido mostrado para alterar uma variedade de efeitos de isquemia de ferimentos cerebral, incluindo redução metabólica e atividade enzimática, a liberação de glutamato e recaptação, inflamação, produção de espécies radioativas de oxigênio (radicais livres), e a expressão/ baixa regulação de uma série de outros genes. (LIU L; YENARI M. A, 2007). A compreensão do mecanismo de ação da hipotermia possibilitou a melhora dos desfechos atribuída a prática terapêutica. A hipotermia tem ação neuroprotetora contra vários mecanismos bioquímicos deletérios. Isso, por sua vez permite torna-la o primeiro tratamento eficaz em reduzir o dano neurológico isquêmico em pacientes pós PCR. Após anos de estudos foi possível compreender que a hipotermia leve (34 a 32°C), ao invés da hipotermia grave ( $\leq 30^\circ\text{C}$ ), era suficiente para promover neuroproteção, a custo de efeitos adversos menores. (SAFAR PJ; KOCHANNEK PM; *et Al.* 2002). Desde então, a hipotermia continua crescendo em estudos e resultados, principalmente a hipotermia leve. Quanto mais profundo o plano de hipotermia, maior é a proteção, contudo maiores são as complicações. (MARION DW; LEONOV Y, *et Al.* 1966). Apesar de ser importante, a redução da demanda metabólica cerebral não é o único mecanismo de proteção cerebral da hipotermia. O metabolismo reduz de 6 a 10% para cada 1°C na queda da temperatura. Quando a temperatura cai abaixo de 32°C, a taxa metabólica cerebral diminui para aproxima-

damente 50% do normal e o consumo de O<sub>2</sub> e a produção de CO<sub>2</sub> acompanham proporcionalmente essa queda. Durante o período de isquemia-reperfusão que se inicia com a parada cardíaca ocorre uma grande redução das moléculas de alta energia, como adenosina trifosfato. A consequência imediata desse fenômeno é a mudança do metabolismo celular de aeróbio para anaeróbio. A glicólise anaeróbia eleva os níveis intracelulares de fosfato, lactato e íons hidrogênio, resultando em acidose intra e extracelular, o que promove o influxo de cálcio para dentro das células. (POLDERMAN KH, 2004). O influxo de cálcio é muito deletério para a célula, pois produz disfunção mitocondrial e perturbações no funcionamento da bomba de sódio e potássio, levando à despolarização da membrana e a liberação de glutamato – neurotransmissor excitatório – para o extracelular. A acidose intracelular, que estimula os processos destrutivos celulares e apoptose, pode ser evidenciada pela elevação dos níveis de lactato cerebral (GOODMAN JC; VALADKA AB; *et Al.* 1999). A hipotermia inibe esses processos excitatórios deletérios para a célula. A hipóxia é responsável por alterações nas membranas celulares que determinam a formação de edema citotóxico e quebra da barreira hematoencefálica. O resultado disso é o desenvolvimento de hipertensão intracraniana, que leva a um ciclo vicioso de isquemia cerebral. A hipotermia tem a capacidade de reduzir a permeabilidade vascular, minimizando o aparecimento de edema cerebral. (GOPINATH SP; USURA M; *et Al.* 1999). A isquemia-reperfusão gera grandes quantidades de radicais livres, como peróxido de hidrogênio, superóxido e peroxidonitrito. Sob condições de hipotermia os danos oxidativos associados às estas substâncias são reduzidos e são diretamente proporcional a queda de temperatura. Existe também um desbalanço na liberação de mediadores pró-inflamatórios (TNF- $\alpha$  e interleucina-1), que também é minimizado a temperatura mais baixa. (POLDERMAN KH, 2009). Um outro mecanismo implicado nos efeitos neuroprotetores da hipotermia parece ser a indução de efeitos anticoagulantes, que ocorrem a temperaturas abaixo dos 35°C. A ativação da coagulação tem um papel importante no desenvolvimento da injúria de isquemia-reperfusão, com formação de fibrina e bloqueio da microcirculação. A hipotermia interfere também com a liberação de endotelina e tromboxano A<sub>2</sub>, dois potentes vasoconstritores e agregantes plaquetários. (Rech T. H, 2010). Esses mecanismos todos têm diferentes pesos no desenvolvimento da injúria isquêmica, bem como sofrem a inferência da hipotermia terapêutica em maior ou menor grau, na dependência das temperaturas atingidas. (POLDERMAN KH, 2009). Além de

proteção de lesão isquêmica, estudos recentes mostram que a hipotermia melhora a toxicidade de várias drogas e agentes tóxicos ambientais bem como protege de outros insultos como hemorragia, hipergravidade e hipoglicemia. As temperaturas utilizadas e que mostram resultados mais benéficos estão compreendidas no intervalo de 32 °C a 34 °C (BIAZZOTTO, *et Al.* 2006).

**QUADRO 2. Mecanismos benéficos da hipotermia nos pacientes comatosos recuperados de PCR.**(GINSBERG MD.; STERNAU LL., *et. al.*, 1992).

1. Redução do consumo cerebral de oxigênio;
2. Supressão de reações químicas associadas com lesões de reperfusão;
3. Redução das reações de radicais livres que aumentam o dano cerebral;
4. Redução da liberação de cálcio intracelular;
5. Modulação de apoptose;
6. Modulação da resposta anti-inflamatória;
7. Proteção de membranas lipoproteicas.

### **Técnica terapêutica**

#### **Resfriamento**

Existem diversas técnicas testadas para resfriamento: bolsas de gelo, circulação extracorporeal, infusões geladas na artéria carótida, capa contendo soluções bastante geladas (- 30°C), lavagem nasal, gástrica, vesical, peritoneal, ou pleural, cateteres resfriadores, infusão de líquido gelado, manta com oscilação de ar gelado, entre outros. O resfriamento ideal deve ser o que atinge de modo mais rápido e prático a temperatura alvo sem oferecer lesões com esse procedimento. O paciente pode ficar em hipotermia por 24 a 48 horas. (FEITOSA-FILHO, *et Al.* 2009). O resfriamento extracorporeal/central do sangue é o método mais rápido de reduzir a temperatura, mas envolve dificuldades logísticas (NICOLETTI *et Al.* 1960). Uma das técnicas com redução da temperatura mais rápida é a imersão em água gelada, que reduz a temperatura em cerca de 9,7°C por hora, porém esta estratégia é pouco prática para uso rotineiro. Redução mais rápida ainda pode ser obtida se for possível manter essa água gelada em circulação e em contato com a pele do paciente, de modo que seja renovada constantemente, sem que haja tempo para a elevação da temperatura da água. Um método promissor é o que usa cateteres intravasculares com propriedade de resfriar o sangue através de circuito interno que permite circulação



de líquido gelado e troca constante de temperatura com o sangue, reduzindo a temperatura central cerca de 1,4°C por hora. Provavelmente este seja o método mais prático e ágil, além de seguro e de baixo custo, no qual é realizada a infusão de líquido gelado (como soro fisiológico e Ringer Lactato, resfriados a 4°C) por via venosa (FEITOSA-FILHO *et Al.* 2009). Atualmente, podem ser usados métodos invasivos ou não invasivos, com preferência para os últimos. Os métodos não invasivos, ou convencionais, incluem a utilização de pacotes de gelo, mantas térmicas, equipamentos comerciais de resfriamento de superfície e infusão de soluções geladas. (RECH; VIEIRA, 2010). A manutenção da temperatura na faixa ideal durante as 12 a 24 horas de terapia vai depender do método utilizado para proceder ao resfriamento. A própria utilização do soro gelado a aplicação dos pacotes de gelo nas superfícies do pescoço, das axilas e das virilhas é uma forma simples e fácil de manter o resfriamento. (JIMMINK, 2008).

### Técnica reduz temperatura em 5°C

A hipotermia terapêutica é indicada para reduzir o risco de sequelas em pacientes que tiveram parada cardíaca

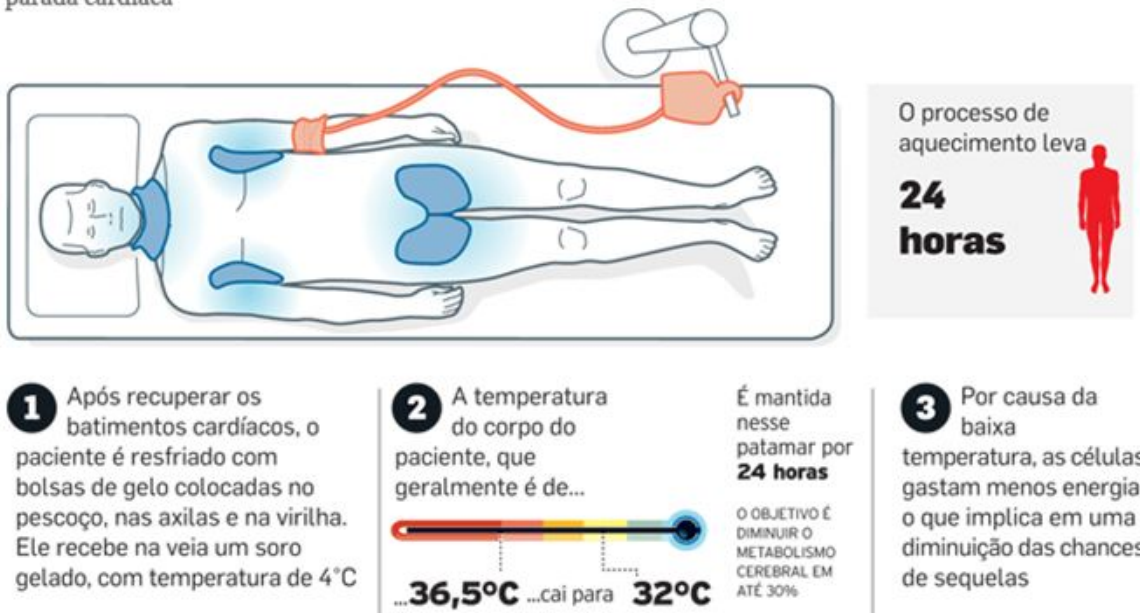


Figura 1 – Terapêutica de resfriamento com uso de bolsas de gelo e soro gelado via intravenosa.

### Aquecimento

As medidas de aquecimento para reversão da hipotermia, em geral incluem incremento de cobertores, roupas apropriadas, dieta aquecida, colocação de bolsa térmica na região torácica anterior ou rodízio com “cinturão de soro” aquecido a 42°C

e trocado a cada 30 minutos, inalação aquecida e infusão de soro fisiológico 0,9% aquecido a 42°C em sistema aquecido à mesma temperatura. (SEMAN; GOLIM; GORZONI, 2009). Todavia, o aquecimento só é efetivo na presença de circulação preservada, possibilitando retorno venoso adequado aquecido pelo organismo. (ANJOS, *et Al.* 2008). O reaquecimento deve ser iniciado após 12 a 24 horas de manutenção da terapêutica, devendo ser lento, 02 a 04 °C/hora, durante 12 horas até que se atinja temperatura entre 35 e 37°C. (POLDERMANN, 2006). A hipotermia geralmente é revertida com reaquecimento de forma vagarosa através de mantas térmicas, hidratação endovenosa aquecida, etc. (SMITH; CE; YAMAT RA, 2000). Esse aquecimento pode ser ativo ou passivo. (POLDERMANN, 2006). No método passivo, a presença de termorregulação intacta, função endócrina normal e adequadas reservas de energias para criar calor endógeno são essenciais para o sucesso desse reaquecimento. (McCULLOUGH, 2004). Se o reaquecimento passivo for feito com o auxílio de uma manta térmica – modo ativo externo de reaquecimento – esta deve ser retirada quando a temperatura alcançar 35°C. (KLIEGEL, 2005). Os modos ativos podem ser realizados com a infusão venosa de fluidos aquecidos a 40°C, oxigênio aquecido umidificado – aumenta a temperatura em 1 a 2,5°C por hora –, lavagem de cavidade corporal (pleura e peritoneal) e aquecimento sanguíneo extracorpóreo. (McCULLOUGH, 2004). Na hipotermia moderada, o reaquecimento é feito externamente e na grave, internamente, podendo necessitar de oxigenador de membrana extracorpóreo. (NOLAN JP; MORLEY PT, 2003).

### **Aplicação**

Na prática da hipotermia como terapêutica, devem ser excluídos os pacientes reanimados por mais de 60 minutos, aqueles com retorno a circulação a mais de 6 horas, aqueles em estado de coma prévio a PCR, as gestantes, os com sangramento ativo, coagulopatias prévia, os pacientes no pós operatório de cirurgias de grande porte há menos de 14 dias, nos com choque cardiogênico ou choque séptico e nos pacientes terminais. Pacientes que cheguem hipotérmicos ao hospital e preencham critérios de exclusão não devem ser reaquecidos. (NOLAN, 2003). Como critérios para realização da hipotermia o centro médico da Universidade de Columbia nos Estados Unidos utiliza: idade menor que 75 anos, PCR em FV ou TV e em casos selecionados de assistolia e atividade elétrica sem pulso, retorno a circulação espontânea em menos de 30 minutos, ausência de choque cardiogênico



refratário que necessitem de 2 ou mais drogas vasoativas para manter a pressão arterial média maior que 60 mmHg, ausência de comorbidades graves.

### **Complicações**

O uso clínico da hipotermia é ainda assunto de intenso debate e muitos autores alertam para o perigo desse procedimento. A hipotermia pode facilitar a infecção da ferida cirúrgica – sepses – por causa da vasoconstrição periférica, diminui a liberação de oxigênio no subcutâneo, impede a função oxidativa do neutrófilo – afeta adversamente as defesas imunes por anticorpos e mediadas por células (MARION; BULLOCK, 2009; PESTEL, KURZ, 2005) – e diminui a deposição de colágeno. Quanto às coagulopatias, pode conduzir à disfunção plaquetária, inibição da cinética enzimática da coagulação e ativar a cascata da fibrinólise (VANNI SMD; BRAZ JRC, 1999); aumenta significativamente a perda de sangue e as necessidades de transfusão (MARION; BULLOCK, 2009; PESTEL, KURZ, 2005). No sistema cardiovascular exerce efeito inotrópico negativo no miocárdio levando a hipotensão arterial. O reaquecimento pode causar disfunção ventricular. Mesmo na hipotermia leve, deprime a resposta ventilatória à hipóxia por interferência central, podendo ser explicada, em parte, pela diminuição do glutamato extracelular no núcleo trato solitário. (VANNI SMD; BRAZ JRC, 1999). Muda a cinética e ação de vários agentes anestésicos e paralisantes; aumenta o desconforto térmico; e está associada com recuperação pós-anestésica mais lenta (MARION; BULLOCK, 2009; PESTEL, KURZ, 2005). Estudos realizados na Europa e na Austrália serviram de base para os comitês. Quanto às complicações foram encontrados, no estudo europeu, 70% no grupo normotérmico contra 73% no grupo hipotérmico. Desde modo, não houve diferença significativa. Sepses foi a complicação mais comum no grupo da hipotermia, entretanto não existiu significância estatísticas. (HOLZER M, *et Al.* 2002). Um problema principal com o uso da hipotermia como tratamento é que, como a temperatura corporal é forçada abaixo do nível normal estabelecido pelo termostato hipotalâmico, isso não apenas reduz a eficácia dos métodos usados para induzir a hipotermia, mas, mais importante, cria estresse fisiológico e psicológico e pode antagonizar os benefícios do tratamento hipotérmico (GORDON, 2001). Outras complicações de hipotermia incluem diminuição do débito cardíaco, arritmia, pancreatites, coagulopatias, trombocitopenia, hipofosfatemia e hipomagnesemia.

**Protocolo de Hipotermia Terapêutica**

<b>QUADRO 3. Protocolo de Indução de Hipotermia Após Parada Cardiorespiratória</b>	
<b>Reserva de Material</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Soro fisiológico a 0,9% (ou outro cristalóide) – bolsas de 1000ml – a 4°C.</li><li>2. Bolsas de gelo.</li><li>3. Compressas limpas.</li><li>4. Colchão térmico.</li><li>5. Kit para Swan – Ganz ou acesso venoso central e pressão artéria invasiva ou termômetro esofágico.</li><li>6. Monitor multiparâmetros.</li><li>7. Drogas para sedação, analgesia (fentanil, midazolam e propofol) e bloqueador neuromuscular (atracurium, cisatracurium ou pancuronium).</li><li>8. Sonda de Foley.</li><li>9. Avaliar protetores tópicos de pele e colírio para a proteção das córneas.</li><li>10. Profilaxia de tromboembolismo venoso.</li><li>11. Profilaxia de lesão aguda de mucosa gástrica e duodenal.</li></ol>	
<b>Objetivos no protocolo</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Certificar-se de que não há critérios de exclusão.</li><li>2. Iniciar sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular.</li><li>3. Indução de hipotermia com bolsas geladas e solução de cristalóide 30-50ml/Kg.</li><li>4. Manutenção de temperatura central em 32 a 34°C por 12 a 24 horas.</li><li>5. Velocidade de requerimento lenta – Manter sedação e bloqueio neuromuscular.</li><li>6. Monitorar complicações potenciais.</li></ol> <p style="text-align: center;">•</p>	
<b>Critérios de Inclusão</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pós PCR com retorno de circulação espontânea (especialmente FV e TV sem pulso).</li><li>2. Idade acima de 18 anos. Mulheres de idade fértil deve ter teste negativo para</li></ol>	<b>Critérios de Exclusão</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Outra razão para o estado comatoso (overdose de drogas, traumas craniano, AVC, status eplepticus).</li><li>2. Gravidez.</li></ol>

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

<p>gravidez.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pacientes comatosos após retorno de circulação espontânea.</li> <li>4. Ventilação mecânica.</li> <li>5. Pressão arterial sistólica deverá ser mantida acima de 90mmHg espontaneamente ou com o uso de volume e/ou vasopressores.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Temperatura inicial &lt; 32°C.</li> <li>4. Coagulopatia ou sangramento prévio.</li> </ol>
<p><b>Sedação e Paralisia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fentanil – dose de ataque – 1 a 2 mcg/Kg + dose de manutenção – 1 a 4 mcg/Kg/hora.</li> <li>2. Midazolam – dose de ataque – 2 a 6 mg + dose de manutenção – 1 a 2 mg/hora.</li> <li>3. Propofol – iniciar com 5 mcg/Kg/min.</li> <li>4. Pancuronium – 1 ampola – 4 mg seguido de 0,1 a 0,2 mg/Kg a cada 1 a 2 horas.</li> </ol>	
<p><b>Início do Resfriamento</b></p> <p>Intervenções durante o resfriamento – Interpretar ECG e determinar a necessidade de realização cineangiocoronariografia ou trombólise. Checar a bateria de exames laboratoriais.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infundir 30 a 50 ml/Kg de SF 0,9% ou RL a 4°C por 30min para induzir hipotermia.</li> <li>2. Manter o paciente despido em ventilação mecânica com compressas úmidas.</li> <li>3. Manter gelo nas regiões de dobras cutâneas como – pescoço, região inguinal, axilas, membros inferiores, tórax e região abdominal.</li> <li>4. Monitorização da PAM, PVC e</li> </ol>	<p><b>Início de Aquecimento</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciar aquecimento programado 18 horas da indução da hipotermia. A velocidade do aquecimento deve ser de 0,5°C/hora.</li> <li>2. Atenção para a necessidade de líquidos durante o reaquecimento.</li> <li>3. Avaliar suspensão da reposição de potássio se for o caso.</li> <li>4. Manter sedação e bloqueado neuromuscular até o paciente atingir 36°C.</li> </ol>

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

<p>temperatura central.</p> <p>5. A monitora da temperatura pode ser avaliada através de temperatura esofágica, timpânica ou através d cateter de Swan-Ganz.</p> <p>6. Temperatura alvo entre 32 e 34°C – caso necessário repetir a infusão de cristalóide a 4°C, se o paciente não estiver em 34°C em 4 horas.</p>	
<b>Monitorar Potenciais Complicações</b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Arritmias</li><li>2. Infecções</li><li>3. Coagulopatia</li><li>4. Status epilepticus</li><li>5. Hipertermia rebote</li></ol>	

PCR – parada cardiorespiratória; FV – fibrilação ventricular; TV – taquicardia ventricular; AVC – acidente vascular cerebral; ECG – eletrocardiograma; SF – soro fisiológico; RL – ringer lactato; PAM – pressão arterial média; PVC – pressão venosa central.

**REFERÊNCIAS:**

ANJOS CN, CERQUEIRA L.A, SANTIAGO GP, MORAES TM. O potencial a hipotermia terapêutica no tratamento do paciente crítico. **O Mundo da Saúde São Paulo**, jan/mar. 2008.

FEITOSA-FILHO GS, SENA JP, GUIMARÃES HP, LOPES RD. Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, 2009.

MAGALHÃES RD, HOFFMAN A. Hipotermia terapêutica: Emprego em pacientes comatosos sobreviventes de parada cardíaca. **Ver Inspirar Mov Saúde**. Vol 2(6): 25-30; 2011.

MEHLMANN FMG. Hipotermia terapêutica: compreendendo seus benefícios, conhecendo seu custo-efetividade, buscando sua prática. **Departamento Nacional Mehlmann de Pós Graduação e Atualização**, 2009.

SOUSA S, VILAN A. Hipotermia terapêutica na encefalopatia hipóxico-isquêmica. **Rev. Do Hospital de Crianças Maria Pia: Nascer e Crescer**, vol. 20, nº 4 Porto, 2011.

FEITOSA-FILHO GS, SENA JP, GUIMARÃES HP, LOPES RD. Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos. **Rev. bras. ter. intensiva [online]**; 21(1): 65-71, 2009.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

Liping Liu, Midori A. Yenari. Therapeutic hypothermia: neuroprotective mechanisms. **Frontiers in Bioscience** 12, 816-825, January 1, 2007.

JOSÉ RENATO PEDROZA. Cuidado pós ressuscitação: Hipotermia Terapêutica. **Rev. Medicina Perioperatória, capítulo 151**: 1289-1301, 2006.

MARION DW, LEONOV Y, GINSBERG M, et al. Resuscitative hypothermia. **Crit Care Med**, 24(Suppl):S81-S.89, 1996.

PETER SAFAR; Cerebral resuscitation after cardiac arrest. Research initiatives and future directions. **Ann. Emerg Med**, 22:324-349, 1993.

HOSSMANN KA; Resuscitation potential after prolonged global ischemia in cats. **Crit Care Med**, 16:964-97, 1988.

PETER SAFAR. Resuscitation from clinical death: Pathophysiologic limits and therapeutic potentials'. **Crit Care Med**, 16:923-94, 1988.

DANZI DF. Accidental hypothermia, em: Rosen P, Barker RM. **Emergency Medicine, 4ª Ed, St Louis, Mosby Year Books**, 963-986, 1998.

GENTILELLO LM, JURKOVICH GJ. Hypothermia, em: Ivatury RR, Cayten CG. **The Textbook of Penetrating Trauma, 1ª Ed, Baltimore, Williams & Wilkins**, 995-1005, 1996.

NOLAN JP, MORLEY PT, VANDEN HOEK TL, et al. Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: An advisory statement by the advance life support task force of the International Liaison Committee on Resuscitation. **Circulation**, 108:118-121, 2003.

American Heart Association; Postresuscitation support. **Circulation**, 112:84-88, 2005.

TODD MM, HINDMAN BJ, CLARKE WR et al; Intraoperative hypothermia for aneurysm surgery trial investigators. **N Engl J Med**, 352:135-145, 2005.

HOLZER M et al; Hypothermia after cardiac arrest. Study group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. **N Engl J Med**, 346: 549-556 2002.

BERNARD SA, GRAY TW, BUIST MD, et al; Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. **N Engl J Med**, 346:557-563, 2002.

GUNN AJ, THORESEN M; Hypothermic neuroprotection. **NeuroRx**, 2006; 3:154-169.

AMERICAN HEART ASSOCIATION; Adult Stroke. **Circulation**, 112:111-120, 2005.

GINSBERG MD, STERNAU LL, GLOBUS MY, DIETRICH WD, BUSTO R; Therapeutic modulation of brain temperature: relevance to ischemic brain injury. **Rev. Cerebrovasc Brain Metab**, 4(3):189-225, 1992.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

STORM C, STEFFEN I, SCHEFOLD JC, KRUEGER A, OPPERT M, JÖRRES A, HASPER D; Mild therapeutic hypothermia shortens intensive care unit stay of survivors after out-of-hospital cardiac arrest compared to historical controls. **Crit Care.** 12(3):R78, 2008.

WONG KC; Physiology and pharmacology of hypothermia. **West J Med.** 138(2):227-32, 1983.

FORTE LV, PELUSO CM, PRANDINI MN, GODOY R, ROJAS SSO; Regional cooling for reducing brain temperature and intracranial pressure. **Arq Neuropsiquiatr.** 67(2B):480-7, 2009.

JANATA A, HOLZER M; Hypothermia after cardiac arrest. **Prog Cardiovasc Dis.** 52(2):168-79, 2009. Review.

ABELLA BS, RHEE JW, HUANG KN, VANDEN HOEK TL, BECKER LB; Induced hypothermia is underused after resuscitation from cardiac arrest: a current practice survey. **Resuscitation.** 64(2):181-6, 2005.

RAVETTI CG, SILVA TO, MOURA AD, CARVALHO FB. Estudo de pacientes reanimados pós-parada cardiorrespiratória intra e extra-hospitalar submetidos à hipotermia terapêutica. **Rev Bras Ter Intensiva,** 21(4):369-75, 2009.

TOMA A, BENSIMON CM, DAINY KN, RUBENFELD GD, MORRISON LJ, BROOKS SC. Perceived barriers to therapeutic hypothermia for patients resuscitated from cardiac arrest: a qualitative study of emergency department and critical care workers. **Crit Care Med.,** 38(2):504-9, 2010.

NOLAN J; European Resuscitation Council. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. **Section 1. Introduction. Resuscitation,** 67 Suppl 1:S3-6 2005.

POLDERMAN KH, WARE JH. Therapeutic hypothermia following cardiac arrest: class I evidence? **Intensive Care Med.** 30(12):2287, 2004.

ODDO M, SCHALLER MD, FEIHL F, RIBORDY V, LIAUDET L. From evidence to clinical practice: effective implementation of therapeutic hypothermia to improve patient outcome after cardiac arrest. **Crit Care Med.,** 34(7):1865-73, 2006.

## **Indicações de Fundoplicatura na Doença do Refluxo Gastroesofágico**

*Fabio Fruet; Laís Maria Pinheiro de Faria; Letícia Tondato da Silva Costa*

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

### **Introdução**

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é hoje uma patologia frequente e sua incidência tem se elevado nos últimos anos. Ela diminui a qualidade de vida do paciente causando inúmeros transtornos.

### **Objetivos**

Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão da literatura sobre a doença do refluxo gastroesofágico e em especial o quando indicar a sua terapêutica cirúrgica.

### **Discussão**

Os sintomas clássicos da DRGE são a pirose e a regurgitação, intitulados de sintomas típicos. A pirose consiste na sensação de queimação retrosternal que se irradia do osso esterno à base do pescoço. A regurgitação significa o retorno do conteúdo ácido ou alimentos para a cavidade oral. Ocorrem geralmente no período pós-prandial, principalmente após grandes refeições ou ingestão de alimentos picantes, cítricos, gorduras, chocolate e álcool. O decúbito dorsal e a posição inclinada para frente podem aumentar a pirose. Por outro lado, também existem as manifestações atípicas como os sintomas respiratórios, otorrinolaringológicos e a dor torácica. Sua etiopatogenia decorre da ineficiência da barreira antirrefluxo, da depuração esofágica do ácido, da resistência dos tecidos e da hérnia de hiato, e seu diagnóstico é clínico, mas confirmado principalmente por meio de endoscopia digestiva, manometria e pHmetria. A hérnia de hiato praticamente acaba com a pressão do EIE que ocorre durante o esforço e aumenta o relaxamento transitório do esfíncter durante a distensão gástrica, a promoção do refluxo ácido e, principalmente, à redução da depuração esofágica observadas, sobretudo em hérnias volumosas e não redutíveis. Sua terapêutica inicial é clínica, com prescrição de antiácidos, pró-cinéticos (metoclopramida, domperidona, bromoprida, baclofeno), inibidores H<sub>2</sub> (cimetidina, ranitidina, famotidina e nizatidina) e IBPs (omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol e esomeprazol), mas as indicações do seu tratamento cirúrgico vêm aumentando a partir do uso da laparoscopia e do aumento



das experiências nos serviços especializados e dos cirurgiões. A DRGE tem complicações como estenoses, úlceras e esôfago de Barrett e são principalmente nessas complicações que estão às indicações do tratamento cirúrgico, pois são frequentemente acompanhadas de hérnias de hiato e hipotonia do esfíncter inferior do esôfago. O tratamento cirúrgico na DRGE consiste no reposicionamento do esôfago na cavidade abdominal associado a hiato plastia e a fundoplicatura, sendo a técnica de Nissen, por via laparoscópica, a mais comumente utilizada.

**Conclusão:**

A obtenção de bons resultados no tratamento cirúrgico da DRGE depende de indicação criteriosa com adequada seleção de pacientes através de exames específicos bem indicados e realizados além da técnica cirúrgica a ser adotada, estando mais reservada a casos com alterações anatômicas maiores, intolerância a medicação, escolha do paciente que é um bom respondedor ao tratamento com IBP e que prefere a cirurgia e naqueles que apresentam complicações da doença como estenoses, úlceras ou esôfago de Barrett, além de pacientes com sintomas extraesofágicos bem documentados.

**Referências bibliográficas:**

CORSI, P. R. et al. Factors related to the presence of reflux in patients with typical symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD). Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 53, n. 2, Apr. 2007.

GREENBERGER, Norton J. et al. **Current Diagnóstico e Tratamento**. 2ª ed. Di Livros, 2013.

MORAES FILHO, Joaquim Prado; HASHIMOTO, Cláudio Lyoiti. **I Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico**, cap 2, p 49.

SLEISENGER & FORDTRAN, **Tratado Gastrointestinal e Doenças do Fígado**, 9ª edição, v.1, cap. 43 – Doença do Refluxo Gastroesofágico, Rio de Janeiro. Elsevier, 2013.

**Palavras-chave:** DRGE, Indicações, Fundoplicatura, Tratamento Cirúrgico.



**Inovações na área da saúde para doenças negligenciadas**

*Ana Clara de Barros Cristino*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, RJ*

**Introdução:**

A Fundação Rockefeller propôs, por meio de um programa “The Great Neglected Diseases”, na década de 1970, o emprego do termo “doenças negligenciadas”, que corresponde a doenças que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países. (SOUZA, 2010). Organização Mundial de Saúde (OMS) junto aos Médicos Sem Fronteiras propuseram, em 2001, a classificação das doenças negligenciadas (mais prevalentes em países em desenvolvimento) e as mais negligenciadas (exclusivas em países em desenvolvimento). Este termo tem sido desde então utilizado para se referir a um conjunto de doenças causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) que são endêmicas em populações de baixa renda. (OMS, 2001.). No Brasil, as principais doenças negligenciadas são: dengue, doenças de Chagas, leishmaniose, hanseníase, malária, esquistossomose e tuberculose. (SANTOS et al, 2013). As atividades em pesquisas, até os dias de hoje, não são suficientes para o controle das doenças negligenciadas, mas apenas um componente de um complexo sistema de inovação em saúde. Além do conhecimento insuficiente, as doenças negligenciadas persistem por pelos altos custos dos medicamentos ou vacinas e ao planejamento deficiente no sistema de saúde. Desta forma, desenvolver uma abordagem sistêmica de gestão da inovação, de modo a gerar subsídios para o SUS e a política industrial em saúde, fundamentada em sólida base de pesquisa e formação de recursos humanos, atuando em constante interação com a sociedade é o principal meio para o controle dessas doenças. (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA EM INOVAÇÃO DE DOENÇAS NEGLIGENCIADAS).

**Objetivo:**

O artigo de revisão proposto tem como objetivo abordar as doenças negligenciadas tendo como enfoque as inovações na área de saúde, visando à prevenção e controle

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

dessas enfermidades. Será feito uma revisão da literatura existente e comparação dos resultados já encontrados.

**Método:**

Estudo bibliográfico será realizado mediante a busca sistemática de periódicos em sites eletrônicos. Possuirá abordagem qualitativa descritiva. A pesquisa pelos artigos será realizada nos sites da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e site Scientific Electronic Library Online (SCIELO) através da associação das palavras-chaves: doenças negligenciadas, tecnologia e inovações. Os critérios de inclusão utilizados serão: periódicos impressos ou online, em língua portuguesa e inglesa, publicadas entre os anos de 2001 a 2014. Serão excluídas do artigo, pesquisas feitas através de teses, resumos, boletins informativos, cartilhas e anais de eventos científicos.

**Conclusão:**

A relevância deste trabalho é, portanto, analisar as inovações na área de saúde, a fim de listar as novas formas mais de tratamento dessas doenças. O investimento em medidas na área da saúde para prevenção e o controle de doenças negligenciadas é extremamente necessário, uma vez que, mais de um bilhão de pessoas estão infectadas com uma ou mais doenças negligenciadas, o que representa um sexto da população mundial.

**Referências Bibliográficas:**

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA EM INOVAÇÃO DE DOENÇAS NEGLIGENCIADAS. Disponível em: < [http://www.cdts.fiocruz.br/inct-idn/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=112&Itemid=61%20](http://www.cdts.fiocruz.br/inct-idn/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=112&Itemid=61%20)>. Acessado em: 02 abr. 2014

SANTOS, F. L. A. et al. Pesquisa, desenvolvimento e inovação para o controle de doenças negligenciadas. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas**, 2013. v. 33, n. 1, p. 37-47.

SOUZA, W. **Doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro; Academia Brasileira de Ciências, 2010. p. 2.

World Health Organization. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: OMS, 2001

**Palavra-chave:** doenças negligenciadas, inovações tecnológicas, infectologia

**Investigação diagnóstica de Hematúria Macroscópica em pré-escolar: um relato de caso**

*Mara Gonçalves Pinto Giffoni; Mariana Pádua do Amaral; Lucas Rebelo Silva Puccini; Luciano Rodrigues Costa.*

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

**Introdução:**

A hematúria é um achado frequente na clínica pediátrica, sendo considerada a segunda maior causa das consultas nefrológicas. Pode ser definida como a presença de mais de cinco hemácias por microlitro de urina. Como a hematúria é uma alteração que pode ser desencadeada por várias causas, torna-se, então, um desafio diagnóstico para o pediatra detectar uma doença importante. Neste relato é possível e expor a investigação diagnóstica realizada quanto um caso de hematúria macroscópica a esclarecer em pré-escolar. A paciente veio trazida pela mãe ao Hospital Municipal Munir Rafful (HMMR) apresentando quadro de hematúria macroscópica e febre. Foram solicitados exames de sangue, urina, ultrassonografia de rins e vias urinárias e tomografia computadorizada de abdome.

**Objetivos:**

Este relato pretende expor a investigação diagnóstica realizada quanto um caso de hematúria macroscópica a esclarecer em pré-escolar, ratificando as possibilidades diagnósticas a partir da clínica e com o auxílio exames complementares disponíveis para delimitar o tipo de patologia presente.

**Metodologia:**

Trata-se de um Relato de Caso que foi devidamente assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (modelo UniFOA) pela mãe da paciente. Na revisão de literatura foram pesquisados artigos científicos publicados na Internet dos últimos 10 anos, utilizando as bases de dados Medline, Google Acadêmico e Scielo.

**Relato do caso:**

Pré-escolar de dois anos e sete meses de idade, branca, do sexo feminino, pesa 10,2kg e mede 82cm. É procedente e natural de Volta Redonda – RJ. Deu entrada no Pronto Socorro Infantil do Hospital Municipal Munir Rafful (PSI-HMMR) no dia 28

de março de 2014 com a queixa principal de “urina escura” e “febre há dois dias”. Na doença atual, há três meses vem apresentando hematúria a esclarecer que vem sendo acompanhada pela nefrologista que solicitou uma série de exames laboratoriais, mas ainda sem um diagnóstico. Mãe refere que a paciente, em geral, apresenta a urina escura por alguns dias, depois clareia e posteriormente retorna a escurecer. Pela manhã, apresentou a febre aferida de 38,5°C, segundo a mãe, e urinou em pouca quantidade com a cor escura. Não está fazendo uso de medicações e está em dieta normal.

**Resultados:**

Após investigação minuciosa em bases de dados e correlação de exames complementares com a clínica presente foi possível evidenciar o fator desencadeante do quadro clínico presente, onde se tratava de uma hematúria causada por litíase renal, que atualmente é o fator mais comum de hematúria em crianças.

**Conclusão:**

O caso em questão, se arrastou ao longo de três meses devido a limitações do serviço hospitalar e apresentou uma diversa gama de diagnósticos possíveis. Baseado na abordagem de maiores incidência e prevalência na faixa etária, quadro clínico coerente e exames complementares, em especial a tomografia computadorizada, foi possível identificar a etiologia que se tratava de urolitíase bilateral. É fundamental que a avaliação inicial de uma hematúria seja bem realizada, pois a anamnese e o exame físico podem gerar grandes indícios diagnósticos que posteriormente seriam confirmados com a escolha correta dos exames complementares. A paciente na alta hospitalar foi encaminhada para o nefrologista infantil para dar seguimento clínico.

**Referências bibliográficas:**

ABREU, P. F. et al. **Avaliação Diagnóstica de Hematúria**. Disciplina de Nefrologia da Escola Paulista de Medicina – Unifesp. São Paulo-SP. J Bras Nefrol Volume 29 nº 3. Setembro de 2007.

DAVIS, I. D.; AVNER, E. D. **Condições Particularmente Associadas à Hematúria**. In Nelson, Tratado de Pediatria. KLIEGMAN, Robert M.; et al. 18ªed – Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

ITO, C. A. S. et al . Análise comparativa de duas metodologias para a identificação de cilindros hemáticos urinários. J. Bras. Nefrol., São Paulo , v. 33, n. 4, Dec. 2011.

LEE, J.H. ET al. **Causes and outcomes of asymptomatic gross haematuria in children.** Department of Pediatrics, Asan Medical Center Children's Hospital, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea. Nephrology (Carlton). Feb. 2014.

PARK, S.J. et al. **When should we consider renal biopsy in children with isolated microscopic hematuria?** Department of Pediatrics, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine, Suwon, Korea. Clin Exp Nephrol. 2014 Mar 25.

SANCHEZ-MARTIN, F.M. et al. **Hematuria: 50 años de perspectiva.** Entrevista a los doctores F.J. Solé Balcells y J.A. Martínez-Piñeiro. Arch. Esp. Urol., Madrid, v. 58, n. 7, set. 2005.

**Palavras-Chave:** Hematúria macroscópica, pré-escolar, diagnóstico, nefrolitíase.

**Lesão neoplásica obstrutiva do trato gastrointestinal: um relato de caso**

*Andrea Magagnini Torres<sup>1</sup>, Carolina Seabra Pacheco Gabrielle Alcântara<sup>1</sup>, Marcela Santos Carvalho<sup>1</sup>, Wendy Carmo Aguiar<sup>1</sup>, Elora Silva Lopes Leitão<sup>1</sup>, Janine Capobiango Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>*

*1- Acadêmica do curso de Medicina do UniFoa*

*2- Médica residente em Clínica Médica em Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

**Introdução**

A obstrução intestinal ocorre quando a propulsão do conteúdo em direção ao ânus sofre interferência. Aproximadamente um quinto das cirurgias por quadros de abdome agudo são de pacientes com obstrução intestinal<sup>3</sup>. Atualmente, as aderências constituem a principal causa de obstruções gastrointestinais. Hérnia inguinal estrangulada é a segunda causa seguida de neoplasias. Esses três agentes etiológicos respondem por mais de 80% de todas as obstruções<sup>3</sup>. Os sintomas gerais das obstruções são: dor, náuseas e vômitos, parada da eliminação de gases e fezes e distensão abdominal. A dor é tipicamente em cólica, de início brusco, em salva, ocorrendo a intervalos regulares, de localização epigástrica, periumbilical ou hipogástrica, dependendo do nível da obstrução<sup>5</sup>. No caso das neoplasias a causa é multivariada e os componentes de risco conhecidos podem ser infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori*; idade avançada e gênero masculino; hábitos de vida; exposição à drogas, como o tabagismo; associação com doenças, como gastrite crônica atrófica e metaplasia intestinal da mucosa gástrica; história pessoal ou familiar de algumas condições hereditárias, como o próprio câncer gástrico<sup>1</sup>.

**Objetivo**

Relatar um caso sobre lesão tumoral obstrutiva em trato gastrointestinal (TGI) ocorrido em instituição de nível terciário.

**Relato de caso**

C.F, masculino, 50 anos, deu entrada no pronto socorro queixando-se de vômitos, queda no estado geral e emagrecimento. Negou hipertensão arterial sistêmica, diabetes e alergias medicamentosas. Ao exame, apresentou abdome plano, flácido, doloroso em epigástrio com massa palpável. Demais sistemas sem alterações. Já

possuía seriografia abdominal evidenciando hérnia de hiato e imagem sugestiva de úlcera duodenal. A hipótese diagnóstica ao momento foi úlcera crônica ou neoplasia. O paciente foi internado e o hemograma demonstrou leucocitose de 14.500 com 3% de bastões, bem como discreta anemia normocítica e normocrômica. No sétimo dia de internação, houve queda nos leucócitos e dosada gastrina, cujo resultado estava aumentado. O emagrecimento e os vômitos levaram à nutrição parenteral. A EDA (Endoscopia Digestiva Alta) evidenciou esofagite erosiva grau B de Los Angeles e lesão vegetante em corpo e antro gástrico (BORRMANN III); a biópsia da lesão foi enviada para histopatológico e exames para estadiamento foram solicitados. Após piora do quadro álgico, a equipe de cirurgia optou por intervenção, que foi realizada no trigésimo dia de internação hospitalar. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome não evidenciou focos metastáticos. A cirurgiã relatou carcinomatose peritoneal, com implantes peritoneais em fundo de saco de Douglas, intestino delgado e omento, coletando material para biópsia. Pela extensão da lesão, optou-se por uma cirurgia paliativa: gastrojejunostomia látero-lateral com o objetivo de manter o trato gastrointestinal do paciente pérvio a alimentos.

### **Conclusão**

Atualmente o paciente recupera-se da cirurgia e a equipe médica aguarda resultado do exame histopatológico para definição da neoplasia, avaliação e conduta. Evidenciou-se a importância do reconhecimento dos principais sintomas e sinais das lesões do TGI e seus possíveis diagnósticos diferenciais, bem como etapas a serem seguidas para o correto manejo desse paciente, desde o diagnóstico precoce até o tratamento.

### **Referências Bibliográficas**

1. BEVILACQUA, Ruy Geraldo. Obstrução Intestinal. **Allgower, M. & Bevilacqua, R.J. Ed. Manual de Cirurgia.** São Paulo, E.P.U. Springer, 442-454, 1981.
2. BIRONILI, Dário. Obstrução Intestinal. **Speranzini, M.B. & Oliveira, M.R. Ed. Manual do Residente de Cirurgia.** 3ª ed. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 201-208, 1988.
3. GOLIGHER, John. **Cirurgia do Ânus, Reto e Colo,** Ed. Manole LTDA, 5ª edição, vol. 1, 4: 1149-1161, 1990.
4. PINOTTI, Henrique Walter. Obstrução Intestinal. **Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo.** Ed. Atheneu, vol.2, 723-741. 1984.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

5. RAlA, Arrigo Antônio. Obstrução Intestinal. **Raia, A.A. & Zerbini, E.J. Ed. Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto**. 4ª ed. São Paulo, Sarvier, vol. 4, 389-404, 1998.

**Palavras-chave:** Obstrução, Neoplasia, Gastrointestinal.



**Lesões em atletas de mistura de artes marciais**

*Ana Cláudia Baylão; Ana Luiza Baylão; Antônio Guilherme Baylão; Marcos  
Guimarães Cunha.*

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

**Introdução:**

A Mistura de Artes Marciais (MMA) trata-se de um esporte emergente, cuja origem remete a Grécia Antiga, no qual dois competidores, utilizando-se do mínimo de equipamentos de proteção, lutam entre si com socos, cotoveladas, joelhadas, chutes, imobilizações, entre tantos outros golpes constados nas técnicas de diversas modalidades de luta e combate, sendo o boxe, o kick boxing, o muaythai, o wrestling, o jiu-jitsu e o judô, destacados pela Federação Internacional de MMA, bem como algumas regras básicas. (WELLS, 2012; IMMA, 2013). Como é de se esperar em esportes de contato lesões são comuns, no caso do MMA, traumas na cabeça, pescoço e face, lesões de membros inferiores e de membros superiores são as mais recorrentes. (RAINEY, 2009; SCOGGIN et al.; 2010). A divulgação cada vez maior do MMA através das mídias e eventos, como o Ultimate Fighting Championship (UFC), promove uma maior visibilidade, especialmente no Brasil, país de origem de grandes nomes do UFC, levando ao aumento no número de praticantes profissionais ou não do esporte, o que torna relevante este tema devido ao grande índice de lesões. (MAGNO FILHO, FENG, 2012).

**Objetivos:**

Este artigo tem como objetivo, identificar as lesões que acometem atletas de MMA, discuti-las, relatar suas incidências, confrontando os resultados encontrados pelos autores consultados, tendo em vista que a Mistura de Artes Marciais trata-se de um esporte em emergência e de grande popularidade no Brasil.

**Metodologia:**

Para a realização desta revisão de literatura, foram selecionados artigos sobre o tema, nas bases de dados PubMed Medline, Scielo, BVS e capítulos de livros disponíveis na Biblioteca do UniFOA.

### **Discussão:**

O MMA trata-se de um esporte de contato que exige do atleta domínio de múltiplas modalidades de luta, com diferentes técnicas de golpe e defesa, entretanto, os equipamentos de proteção utilizados pelos atletas são mínimos, como protetores bucais, genitais e luvas. Desse modo, ao acompanhar lutas, avaliar dados ou realizar estudos epidemiológicos com atletas de MMA, os estudos consultados encontraram dados que foram então, neste artigo de revisão, organizados na tabela a seguir:

**TABELA: Principais referências de lesões em atletas de MMA**

<b>AUTORES</b>	<b>ANOS</b>	<b>TIPO DE ESTUDO</b>	<b>DE AMOSTRAGEM</b>	<b>TIPO DE LESÃO</b>	<b>LOCAL LESADO</b>	<b>INCIDÊNCIA DE LESÕES</b>
<b>Buse</b>	1993-2003	Transversal	642 lutas	-	-	48,3 por 1000 lutas
<b>Johns Hopkins</b>	2001-2004	Caso-controle	171 lutas	Lacerações	Face (47,9%)	28,6 por 100 lutas
<b>Scoggin et al.</b>	1999-2006	Observacional de coorte	232 lutas	Abrasões e lacerações	-	23,7 por 100 lutas
<b>Ngai, Levy e Hsu</b>	2002-2007	Retrospectivo de coorte	635 lutas	Lacerações	MMSS	23,6 por 100 lutas
<b>Rainey</b>	2009	Pesquisa clínica	55 lutadores	Contusões (29,4%)	Cabeça, pescoço e face (38,2%)	-
<b>CHIRPP</b>	1993-2006	Transversal de coorte	188000 pessoas	Fraturas (20%)	MMII (41%)	-

### **Conclusão**

A partir da análise dos dados encontrados pelos estudos consultados, é possível concluir que dentre os que apresentam taxa de incidência de lesões de qualquer tipo entre os atletas de MMA acompanhados, de um total de 4 trabalhos que demonstravam incidência, os 3 mais recentes, realizados até o ano de 2007, apresentam números entre 23,6 e 28,6 lesões a cada 100 lutas. Além disso, dentre 5 trabalhos que indicavam um tipo específico de lesão como predominante, 3 concluíam que lacerações são o tipo de lesão que mais acometeu os atletas acompanhados. Quanto às partes do corpo cuja incidência de lesão foi maior, 2 trabalhos concluíram que face, cabeça e pescoço era a região mais lesionada, enquanto outros 2 trabalhos indicavam os membros como região mais passível de lesão, em um deles os membros superiores e outro os inferiores. Apesar de existirem estudos e trabalhos acerca do tema, estes ainda são poucos e não há

consenso entre os mesmos, evidenciando a necessidade de mais estudos e pesquisas na área, de modo a contribuir com o conhecimento da etiopatogênese das lesões em atletas de MMA, por conseguinte, melhorando a prevenção e terapêutica destas.

### **Referências**

BLEDSOE, G. H.; BRILL, J. D.; GRABOWSKI, J. G.; HSU, E. B.; & LI, G. Incidence of Injury in Professional Mixed Martial Arts Competitions. **Journal of Sports Science and Medicine**. v. 5, p. 122-131, 2011.

BUSE, G. J. No holds barred sport fighting: a 10 year review of mixed martial arts competition. **British Journal of Sports Medicine**. v. 40, p. 169-72, 2006.

CARTY, H. Children's sports injuries. **European Journal of Radiology**. v. 26, n. 2, p. 163-76, 1998.

COVASSIN, T.; ELBIN, R.; KONTOS, A.; LARSON, E. Investigating baseline neurocognitive performance between male and female athletes with a history of multiple concussion. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**. v. 81, n. 6, p. 597-601, 2010.

DESTOMBE, C.; LEJEUNE, L.; GUILLODO, Y.; ROUNDANT, A.; JOUSSE, S.; DEVAUCHELLE, V.; SARAUX, A. Incidence and nature of karate injuries. **Rev Rhum**. v. 73, p. 269-76, 2006.

GALETTA, K. M.; BARRETT, J.; ALLEN, M.; MADDA, F.; DELICATA, D.; TENNANT, A. T. et al. The King-Devick test as a determinant of head trauma and concussion in boxers and MMA fighters. **Neurology**. v. 76, p. 1456-62, 2011.

HENRY, L.C.; TREMBLAY, S.; BOULANGER, Y.; ELLEMBERG, D.; LASSONDE, M. Neurometabolic changes in the acute phase after sports concussions correlate with symptom severity. **J Neurotrauma**. v. 27, p. 65-76, 2010.  
**International Mixed Martial Arts Federation**. About MMA. 2013.  
**International Mixed Martial Arts Federation**. Five facts on MMA and safety.

JONES, S.J.; LYONS, R.A.; SIBERT, J.; EVANS, R.; PALMER, S.R. Changes in sport injuries to children between 1983 and 1998: comparison of case series. **J Publ Health Med**. v. 23, p. 268-71, 2001.

KANG et al. Acetabular Labral Tears in Patients with Sports Injury. **Clinics in Orthopedic Surgery**. v. 1, n. 4, 2009.

KOCHHAR, T.; BACK, D.L.; MANN, B.; SKINNER, J. Risk of cervical injuries in mixed martial arts. **British Journal of Sports Medicine**. v. 39, p. 444-7, 2005.

KUJALA, U.M.; TAIMELA, S.; ANTTI-POIKA, I.; ORAVA, S.; TUOMINEN, R.; MYLLYNEN, P. Acute injuries in soccer, ice hockey, volleyball, basketball, judo and karate: analysis of national registry data. **BMJ**. v. 311, n. 1465, 1995.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

MAGNO FILHO, L. C.; FENG, H. S. Importância dos Protetores Bucais na Prática das Artes Marciais. **Rev. Combat Sport**, n. 61, p. 14-15, 2012.

MCKEE, A. C.; CANTU, R. C.; NOWINSKI, C. J.; HEDLEY-WHYTE, E. T.; GAVETT, B. E.; BUDSON, A. E. et al. Chronic traumatic encephalopathy in athletes: progressive tauopathy after repetitive head injury. **Neuropathol Exp Neurol**. n. 68, p. 709-35, 2009.

MCPHERSON, M.; PICKETT, W. Characteristics of martial art injuries in a defined Canadian population: a descriptive epidemiological study. **BMC Public Health**. v. 10, p. 795, 2010.

NGAI, K.M.; LEVY, F.; HSU, E.B. Injury trends in sanctioned mixed martial arts competition: A 5-year review from 2002 to 2007. **British Journal of Sports Medicine**. v. 42, p. 686-9, 2008.

RAINEY, C. E. Determining the prevalence and assessing the severity of injuries in mixed martial arts athletes. **North American Journal of Sports Physical Therapy**. v. 4, n. 4, p. 190-9, 2009.

**ROY, S.; SMITH, L. P.** A novel technique for treating auricular hematomas in mixed martial artists (ultimate fighters). **American Journal of Otolaryngology**. v. 31, n. 1, p. 21-4, 2010.

SCOGGIN, J. F.; BRUSOVANIK, G.; PI, M.; IZUKA, B.; PANG, P.; TOKUMURA, S. et al. Assessment of injuries sustained in mixed martial arts competition. **The American Journal of Orthopedics**. v. 39, n. 5, p. 247-51, 2010.

SHEARER, D.; LOMASNEY, L. Dislocation of the knee: imaging findings. **Journal of Special Operations Medicine**. v. 10, n. 1, p. 43-7, 2010.

SIMS, K.; SPINA, A. Traumatic anterior shoulder dislocation: a case study of nonoperative management in a mixed martial arts athlete. **J Can Chiropr Assoc**. v. 53, n. 4, 2009.

WELLS, G. **Mixed Martial arts: ultimate fighting combinations**. Minneapolis: Lerner, 2012.

ZETARUK, M.N.; VIOLAN, M.A.; ZURAKOWSKI, D.; MICHELI, L.J. Injuries in martial arts: a comparison of five styles. **Br J Sports Med**. v. 39, p. 29-33, 2005.

## Leucemia Mielóide Crônica e Transplante Renal

*Isabela Ribeiro, Bruna Mota, Juliana Damasceno*

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

### **Introdução:**

A leucemia mielóide crônica (LMC) é uma doença clonal maligna caracterizada por uma excessiva proliferação da linhagem mielóide. A doença é associada a uma anormalidade citogenética específica, o Cromossoma Philadelphia (Ph), que resulta de uma translocação recíproca entre os braços longos dos cromossomas 9 e 22, isto é, a t(9;22) e leva à formação de um novo gene leucemia-específico, o BCR-ABL, detectável por *polymerase-chain-reaction assay* (PCR).<sup>7</sup> A leucemia mielóide crônica (LMC) foi descrita como forma independente de leucemia há 150 anos, em pacientes que morreram em consequência de intensa leucocitose e hepato-esplenomegalia.. A radiação ionizante em altas doses é o fator de risco mais associado ao surgimento da LMC, enquanto a participação de agentes químicos, biológicos e a predisposição genética, embora sugestivos, não parecem exercer muita influência no aparecimento da doença.<sup>2</sup> A Leucemia mielóide crônica possui uma incidência de 1,5 por 100000 pessoas por ano, e a incidência ajustada para a idade é a mais alta nos homens do que nas mulheres, A incidência da LMC aumenta lentamente com a idade, até cerca de 45 anos, quando começa a elevar-se rapidamente.<sup>3</sup> Malignidades particulares demonstraram um aumento da incidência em pacientes imunossuprimidos depois de um órgão transplantado. Até o momento, apenas 24 casos de leucemia mielóide crônica (LMC) associado com imunossupressão foram relatados, dos quais, 17 desenvolveram após rim transplante média relatada intervalo entre o início do imunossupressão e detecção de CML é 44 meses (variando de 10-96 meses) . Nós relataremos um paciente cujos CML foi diagnosticado dentro de 5 meses de um transplante de rim.<sup>1</sup>

### **Objetivo:**

O estudo de caso em questão tem como objetivo correlacionar o uso de imunossupressores com o desenvolvimento da Leucemia Mielóide Crônica, em pacientes pós-transplantados.

**Metodologia:**

Foi iniciada pesquisa bibliográfica da literatura nacional e internacional, abrangendo relato de caso, estudo de caso, artigo de revisão, artigos originais e metanálise publicado nos últimos anos. Os artigos foram obtidos nas bases de dados: SciELO - Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.org>) e MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

**Descrição do caso:**

Paciente com 58 anos com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico desenvolveu Insuficiência Renal Crônica e iniciado programa de Hemodiálise em 2001. Realizado transplante renal (doador cadáver) em agosto de 2010 sendo então iniciado as drogas imunossupressoras: Micofenolato, Everolimus e Prednisona. Devido leucocitose persistente e ausência de processo infeccioso aparente foi realizado em dezembro de 2010 biopsia de medula óssea e envio de material medular para realização de cariótipo. Evidenciado na biopsia hiperplasia mielóide acentuada com predomínio de formas maduras e cariótipo com presença de cromossomo Philadelphia. Iniciado Imatinibe 400mg em fevereiro 2011 ,apresentando remissão hematológica em junho de 2011.

**Discussão:**

Não existem estudos que comprovam se a relação da LMC seguida de um transplante é coincidência ou é causada pelo uso contínuos de imunossupressores; Há uma dificuldade de correlacionar pois LMC e transplantes de órgão ocorrem em baixas frequências, e o transplante ocorre mais em pessoas mais jovens e têm uma sobrevida reduzida, e a LMC ocorre na maioria das vezes em indivíduos acima de 55 anos.<sup>5</sup> Há duas teoria para a aparição de LMC em pacientes que sofreram imunossupressão a primeira delas correlaciona a translocação do gene BCR-ABL com o efeito genotóxico dos imunossupressores administrados, que na presença de uma vigilância imunitária deficiente poderia se manter. A segunda basea-se geração aleatória de translocações BCR -ABL em pacientes imunossuprimidos.<sup>5</sup> A aparecição do gene BCR-ABL na LMC, estimula a produção de espécies reativas de oxigênio, resultando em maior dano oxidativo ao DNA levando a numerosas quebras das cadeias duplas em células de leucemia, apoiando a noção de que p210bcr-abl pode causar instabilidade genética por si só .<sup>5</sup> O paciente relatado acima após o

transplante renal, fez uso dos seguintes medicamentos que tem ação imunossupressoras: Micofenolato, Everolimus e Prednisona

**Micofenolato:**

O Micofenolato de Mofetil é um inibidor reversível da desidrogenase da inosina monofosfato, uma enzima fundamental para a proliferação dos linfócitos T e B. Através da inibição desta enzima a capacidade proliferativa dos linfócitos é modificada provocando o bloqueio da formação dos anticorpos alterando também a adesão e migração desses para os tecidos. Possui como efeitos adversos toxicidade hematológica e aumento o risco de infecções pelo Citomegalovírus. <sup>6</sup>

**Prednisona:**

Os glicocorticoides são agentes coadjuvantes importantes ao tratamento imunossupressor.. Os efeitos colaterais dos glicocorticoides é principalmente a demora da cicatrização das feridas e a predisposição a infecção, tornando recomendável reduzir as doses o mais rapidamente possível no período pós-operatório imediato. <sup>3</sup>

**Everolimus:**

Possuem como mecanismo de ação o bloqueio das vias de fatores de crescimento, limitando substancialmente a expansão clonal e promovendo potencialmente a tolerância. O Everolimus é química e estruturalmente semelhante ao Sirolimus, mas tem uma vantagem que é a sua semi-vida curta. Acompanha-se também de alguma toxicidade, particularmente hematológica: anemia, leucopenia ou trombocitopenia.<sup>6</sup> O paciente relatado após o diagnóstico de LMC iniciou a terapêutica com Imatinib (400mg), este medicamento age como um inibidor da tirosina quinase bcr-abl, que bloqueia diferentes vias de sinalização celular que estavam ativadas por esta proteína. Parece modular diferentes proteínas anti e pró-apoptóticas pertencentes às vias extrínseca e intrínseca da apoptose celular. Sozinho ou associado a diferentes drogas, como, por exemplo, o IFN-a, in vitro parece ser capaz de aumentar a expressão do antígeno FasL nas células leucêmicas e restaurar sua expressão nas células efectoras da resposta imune (T e NK). Antígeno FasL, que fisiologicamente é expresso nas células efectoras da resposta imune (RI), podendo ser encontrado em leucemias. Essas células neoplásicas podem se ligar aos linfócitos T ou células



natural killer (NK) ativadas, que expressam o antígeno Fas, e conduzi-los à apoptose, resultando na inativação da resposta imune antitumoral. <sup>2</sup>

**Conclusão:**

O paciente relatado, após a realização do transplante iniciou um quadro diagnosticado como LMC. A correlação do uso de medicamentos imunossupressores e o aparecimento de LMC é obscura devido ao fato de ambos terem pequena incidência sobre a população em geral e atingirem faixas etárias distintas. Embora rara a LMC ocorre com certa frequência devendo ser estudado mais intensamente para entender se existe uma correlação entre esses dois fenômenos.

**Referências Bibliográficas:**

Alkaline Phosphatase Correlated With Imatinib Therapy. **Experimental and Clinical Transplantation**. 2011;9(5):336-339.

Ana Paula F. Bergantinil; Fabíola A. Castroll; Ana M. Souza; Agnes C. Fett-Contelli  
Leucemia Mielóide Crônica e o sistema Fas-FasL, **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**  
v.27 n.2 São José do Rio Preto abr./jun. 2005

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

Larson R.A, Druker L,B, Guilhot F. Imatinib farmacocinética e sua correlação com a resposta e segurança em fase crônica de leucemia mielóide crônica: a sub-análise do estudo IRIS, International Randomized Interferon vs STI571, **Grupo de Estudo IRIS.**

le Coutre P, Reinke P, Neuhaus R, et al. BCR-ABL positive cells and chronic myeloid leukemia in immune suppressed organ transplant recipients. *Eur J Haematol.* 2010;84(1):26-33.

Magro Fernando, 2006 /2007, Intervenções Farmacológicas - Sistema Imunológico

Revista brasileira de cardiologia, **condutas do INCA.**

Thierry A, Dreyfus B, Bridoux F, et al. Long-term molecular efficacy and safety of imatinib in a patient with chronic myeloid leukaemia after renal transplantation. **Nephrol Dial Transplant.** 2007;22(6):1791-1792.

**Palavras-chave:** Leucemia Mielóide Crônica, Transplante Renal, Imunossupressores.



**Levantamento epidemiológico dos principais fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis em estudantes de Medicina do UniFOA**

*Ana Cláudia do Paço Baylão; Ana Luiza do Paço Baylão; Bárbara de Souza Ferreira; Cristiane Gorgati Guidorene; Natália Luiz Simões; Thaianne Freitas da Silva Carvalho de Souza*

*UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

**Introdução:**

As doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) são um conjunto de doenças, sendo estas o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas, determinadas por diversos fatores sociais, como desigualdades sociais, diferenças no acesso aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação, e fatores de risco modificáveis: tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. Atualmente, no Brasil, as DANTs constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo a 72% das causas de morte no país. (BRASIL, 2011). Segundo o Ministério da Saúde, entre os brasileiros os níveis de atividade física e lazer na população adulta são baixos (15%), evidenciando alto índice de sedentarismo e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana, 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente. Na última década, observou-se uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DANTs, o que pode ser atribuído à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros. (BRASIL, 2011). No Brasil, os diversos fatores sociais e de risco para as DANTs ainda são significativos e exigem continuidade no programa de controle, especialmente os fatores de risco modificáveis.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Objetivos:**

Verificar os fatores de risco para Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTs) nos estudantes do primeiro ao décimo segundo período do curso de Medicina do UniFOA e a provável mudança na prevalência desses fatores após o ingresso na Universidade.

**Método:**

Serão recolhidos, através de um questionário autoaplicável, dados referentes aos fatores de risco associados às principais DANTs, como peso, hábitos alimentares, sedentarismo, etilismo e tabagismo. Os questionários serão aplicados (no período de novembro de 2014 à fevereiro de 2015) aos alunos do curso de medicina de todos os períodos do centro universitário UniFOA. Os alunos serão instruídos sobre os objetivos e importância do trabalho e a lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido antes de responderem ao questionário. Os dados serão resumidos e analisados descritivamente com o auxílio do software Microsoft Excel 2010. As análises inferenciais serão realizadas com o software Statview v.5.0.1, e serão consideradas significativos resultados com nível de significância menores ou iguais à 0,05.

**Resultados:**

Espera-se comprovar com essa pesquisa a existência de uma alta prevalência de fatores de risco para DANTs entre os estudantes de Medicina do UniFOA e mostrar que essa prevalência se deve à mudança dos hábitos e estilo de vida dos estudantes após o ingresso na universidade.

**Conclusão:**

Ao verificarmos a prevalência dos fatores de risco para DANTs entre os estudantes de Medicina do UniFOA, poderemos observar o perfil dos hábitos e estilo de vida destes universitários e propor medidas de combate aos fatores de risco modificáveis mais prevalentes.

**Referências:**

BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

**Palavras-chave:** DANT`s, Estudantes de Medicina, Fatores de Risco.

**Manifestação atípica de Meningoencefalite: um relato de caso**

*Henrique Rivoli Rossi<sup>1</sup>, Marcelle de Novaes Tavares<sup>1</sup>, Tchandra Andrade Gomide<sup>1</sup>,  
Fernanda Teodora de Souza Abrantes<sup>1</sup>, Amanda Moreira Pimentel<sup>1</sup>, Natália Canêdo  
Almeida<sup>1</sup>, Janine Capobiango Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>,  
Leonardo José de Mendonça Araújo<sup>3</sup>*

*1- Acadêmica do curso de Medicina do UniFoa*

*2- Médica residente em Clínica Médica em Santa Casa de Misericórdia de Barra  
Mansa*

*Médico especialista em Neurologia, Orientador*

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

*Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, Barra Mansa - RJ*

**Introdução:**

A meningoencefalite é um processo inflamatório que ocorre no encéfalo. Pode ser causado por vírus, bactérias, fungos ou ainda neoplasias e intoxicações, inclusive por medicamentos, logo, constitui uma doença de ampla etiologia. As meninges podem ser acometidas simultaneamente, constituindo um quadro de meningoencefalite, bem como a medula espinhal, no quadro de encefalomielite. A meningoencefalite pode causar focos de necrose e hemorragias, sobretudo nos lobos parietais. O quadro clínico é variado. Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, cefaléia, náuseas e vômitos, manifestações neurológicas focais, convulsões, sonolência ou agitação psicomotora, meningismo (tríade composta de rigidez nuchal, fotofobia e cefaléia), coma e comprometimento de outros órgãos (em especial vias respiratórias, pele, parótidas). Em virtude da ampla etiologia, a meningoencefalite compõe um complexo quadro diagnóstico. A causa mais comum é o vírus herpes simples, mas as outras causas não podem ser negligenciadas. Além disso, há de se considerar amplo quadro diferencial: intoxicações, meningite bacteriana, vasculites cerebrais, hemorragia cerebromeningea. A comprovação definitiva se dá através dos dados clínicos e epidemiológicos acompanhados de exame de sorologia. O tratamento é composto pelo alívio dos sintomas, suporte nutricional e respiratório quando necessário, controle de eventuais convulsões e combate ao agente infeccioso. O prognóstico depende da etiologia. A mortalidade é maior em crianças.

**Objetivos:**

Relatar um caso de meningoencefalite. Demonstrar a importância da determinação da etiologia e do diagnóstico diferencial para a decisão sobre a conduta.

**Relato de Experiência:**

S.C.P, feminino, branca, doméstica, casada, deu entrada em pronto socorro de hospital de nível terciário queixando –se de dor abdominal de forte intensidade com irradiação para região lombar de início há cerca de 7 dias com piora progressiva. Relatava tratamento de infecção urinária em uso de Ciprofloxacino e sintomáticos neste período, sem melhora do quadro. Durante este período nega episódios febris. À admissão, paciente lúcida e orientada, deambulando, ausência de sinais neurológicos focais. Hipocorada, hidratada, ictérica (1+/4+), acianótica e febril. Ao exame físico, abdome flácido, peristáltico, timpânico, doloroso à palpação superficial e profunda em hipocôndrio direito, Murphy positivo. Giordano positivo bilateralmente. Restante do exame físico sem alterações, bem como exames laboratoriais. À princípio, a impressão para o quadro foi colecistite e/ou pielonefrite sendo iniciado Ciprofloxacino e Metronidazol associado a sintomáticos. Por volta do sétimo dia de internação, apresentou discreta melhora clínica com cessação da dor e vômitos, mas relatava cefaléia holocraniana de forte intensidade. Cerca de 24 horas depois, iniciou de disúria e oligoanúria: bexigoma. Por volta do décimo dia de internação evoluiu com diminuição de força em MMII associada a cefaléia refratária e vômitos. Ultrassonografia de abdome apresentava colelitíase e/ou processo inflamatório ou obstrutivo agudo; e tomografia computadorizada de crânio que se apresentava normal. A análise do líquido constatou hipoglicorraquia, hiperproteínoorraquia com predomínio de mononucleares Sorologias IgG positivas para: rubéola, herpes e citomegalovírus. Por volta do décimo primeiro dia de internação paciente evoluiu com desorientação aguda, agitação psicomotora associada a rigidez de nuca e perda de força em membros superiores e inferiores, mantendo exames laboratoriais sem alterações. Iniciado Ceftriaxone associado a Aciclovir com pouca melhora. No décimo quinto dia paciente apresentou piora progressiva não responsiva a terapêutica, evoluindo com parada cardiorespiratória não responsiva às manobras de reanimação cardiopulmonar e aminas vasoativas.

**Conclusão:**

As meningoencefalites são de etiologia variada, geralmente viral e devem ser suspeitadas na presença de febre com alterações neurológicas e/ou cognitivas agudas, em especial se houver pródromos virais recentes. Devido à clínica inespecífica, por vezes o diagnóstico pode passar despercebido, podendo acarretar em sérios prejuízos para o paciente. Portanto, na presença de alterações neurológicas agudas a possibilidade de meningoencefalite deve ser aventada, e prontamente iniciado tratamento adequado afim de reduzir morbidade e mortalidade desta doença de prognóstico reservado.

**Referências Bibliográficas:**

Alarcón Garcelán, María Carmen; Luque Márquez, Rafael; Merino Díaz, Laura; Rodríguez Torres, Patricia. Infección del sistema nervioso central por virus varicela zóster / Varicella-zoster virus infection of the central nervous system. **Med.clin (Barc)**; 143(1): 45-46, jul. 2014. Tab.

Calil Darzé, Rita Lucena, Irênio Gomes e Ailton Melo. Características clínicas laboratoriais de 104 casos de meningoencefalite criptocócica. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.33 n.1 Uberaba Jan./Feb. 2000.

Fica A; Pérez C; Reyes P; Gallardo S; Calvo X; Salinas AM. Herpetic encephalitis: case series of 15 patients confirmed by polymerase chain reaction. **Rev Chilena Infectol**; 22(1): 38-46, 2005 Mar.

Luchsinger, Vivian. Sobre encefalitis herpética. **Rev Chilena Infectol**; 29(6): 696-696, dic. 2012.

Machado, Luis dos Ramos; Livramento, Jose Antonio; Vianna, Liliana Scaff. O exame do liquido cefalorraquidiano em doenças infecciosas do sistema nervoso: quando pedir, o que pedir, o que esperar. **Arq Neuropsiquiatr**; 71(9B): 693-698, tab.

Nádia Stella-Silva; Solange Artimos Oliveira; Keyla Belízia Feldman Marzochi. Doença meningocócica: comparação entre formas clínicas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.40 no.3 Uberaba May/June 2007.

Pittella, José Eymard Homem; Brasileiro Filho, Geraldo; Ottoni, Carlos Milton de Coutinho. Meningoencefalite linfocitária difusa aguda: relato de um caso clínico-patológico. **Arq. neuropsiquiatr**;44(3):280-8, set. 1986. ilus.

Soares-Ishigaki, Ellen Cristina Siqueira; Cera, Maysa Luchesi; Pieri, Alexandre; Ortiz, Karin Zazo. Afasia e herpes vírus: estudo de caso. **Sao Paulo Med J**; 130(5): 336-341, 2012. ilus, tab.

Steiner, I; Budka, H; Chaudhuri, A; Koskiniemi, M; Sainio, K; Salonen, O e Kennedy, P. G. E. Viral meningoencephalitis: a review of diagnostic methods and guidelines for

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

management. **European Journal of Neurology**: Volume 17, Issue 8, páginas 999–e57, agosto de 2010.

Valcour V; Haman A; Cornes S; Lawall C; Parsa AT; Glaser C; Yagi S; Tihan T; Bhatnagar J; Geschwind M. A case of enteroviral meningoencephalitis presenting as rapidly progressive dementia. **Nat Clin Pract Neurol**; 4(7): 399-403, 2008 Jul.

**Palavras-chave:** meningoencefalite, infecção viral, conduta.

**Manifestação Cutânea rara na forma aguda juvenil da Paracoccidioidomicose**

*Marcela Santos Carvalho<sup>1</sup>; Andrea Magagnini Torres<sup>1</sup>; Carolina Seabra Gabrielle Pacheco Alcântara<sup>1</sup>; Elora Silva Lopes Leitão<sup>1</sup>; Wendy do Carmo Aguiar<sup>1</sup>; Janine Capobianco Martins<sup>2</sup>; Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>.*

*1- Acadêmica do Curso de Medicina – UniFOA*

*2- Médica Residente em Clínica Médica – Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ  
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, Barra Mansa, RJ.*

**Introdução:**

Micose sistêmica endêmica de grande interesse para os países da América Latina, a paracoccidioidomicose (PCM), também conhecida como Blastomicose Sul Americana, é causada pelo fungo termodimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. Apresenta distribuição heterogênea, havendo áreas de baixa e alta endemicidade<sup>1</sup>. Atinge cerca de 10% da população em regiões subtropicais do Brasil, afetando, sobretudo a população agrícola, com maior incidência entre os 25 e 60 anos<sup>2</sup>. No adulto, a forma clínica predominante é a crônica, mas quando acomete crianças ou adolescentes apresenta-se na forma aguda ou subaguda<sup>1</sup>. A presença de lesões orocutâneas (tegumentares) específicas é de grande importância por seu valor diagnóstico e significado clínico, no entanto só são detectadas em 30% dos pacientes jovens portadores de PCM. A lesão cutânea na paracoccidioidomicose tem origem da disseminação hematogênica do fungo, de lesão contígua preexistente ou, muito raramente, de inoculação do fungo diretamente na pele. As úlceras tendem a ser “limpas”, não infectadas; o fundo apresenta-se granuloso fino, com pontilhado hemorrágico<sup>3</sup>. Quando não diagnosticada e tratada oportunamente, a PCM pode levar a formas disseminadas graves e letais, com rápido e progressivo envolvimento dos pulmões, tegumento, gânglios, baço, fígado e órgãos linfoides do tubo digestivo<sup>1</sup>. A terapêutica consiste na combinação de sulfametoxazol-trimetropim, na dose de ataque de 2.400 a 3.200 mg/dia, o itraconazol na dose de ataque de 200mg/dia durante um ou dois meses e manutenção com 100mg/dia por período que pode variar de seis a oito meses, e anfotericina B, para casos graves, na dose de 0,5 a 1mg/kg/dia ou em dias alternados<sup>4</sup>.

**Objetivos:**

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de uma manifestação rara de paracoccidiodomicose, na sua forma aguda juvenil.

**Relato de Caso:**

R.L., 23 anos, branco, morador de zona urbana de Barra Mansa, RJ, deu entrada no pronto-socorro de uma instituição de nível terciário queixando-se de lesões cutâneas em face, tronco, abdome e dorso, com piora progressiva das lesões nos últimos 6 meses, associadas a picos febris ocasionais. Ao exame apresentava-se lúcido, orientado, eupneico, hidratado, hipocorado +/4+, anictérico e acianótico, com presença de lesões granulomatosas de fundo sujo com sinais flogísticos em face, tronco, membros superiores, abdome e dorso. Restante do exame físico sem alterações. Exames laboratoriais feitos no dia demonstraram anemia, leucocitose e trombocitose. Sorologias para HIV, citomegalovírus, Epstein Baar e rubéola foram negativas, assim como PPD e cultura das lesões para tuberculose. Histopatológico de lesões cutâneas com presença de *Paracoccidioides brasiliensis*. Devido ao quadro de infecção secundária cutânea, foi realizado por 10 dias oxacilina com excelente resposta e melhora dos exames laboratoriais. Após os dez dias, foi iniciado sulfametoxazol-trimetropim com melhora progressiva das lesões. Paciente evoluiu com entumescimento e abscessos em cadeias ganglionares cervical e axilar, bilateralmente. Dessa forma, foi associado itraconazol ao tratamento, com melhora do quadro.

**Conclusão:**

A localização cutâneo-mucosa da PCM é frequente e especialmente útil para o clínico, devido ao fácil acesso para biópsia e confirmação diagnóstica, além de auxiliar na interpretação da gravidade do caso e indicar evolução para cura ou persistência da atividade. Deve-se ressaltar a baixa prevalência de lesões mucosas nos pacientes com a forma aguda-subaguda (tipo juvenil) da PCM e a importância do diagnóstico e tratamento precoce para impedir a disseminação da doença.

**Palavras-chave:** paracoccidiodomicose, lesões tegumentares.



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Referências Bibliográficas:**

SHIKANAI-YASSUDA, M. A., *et al.*. Consenso em paracoccidioomicose. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. vol.39, n.3, p.297-310. Mai-Jun, 2006.

ARMAS, M., *et al.* Paracoccidioomicose pulmonar: relato de caso clínico com aspetos em tomografia computadorizada. **Rev Port Pneumol**. vol.18, n.4, p.190-193. 2012.

MARQUES, S. A., *et al.* Paracoccidioomicose: frequência, morfologia e patogênese das lesões tegumentares. **An Bras Dermatol**. vol.82, n.4, p.411-4117. 2007.

MARQUES, S. A. Paracoccidioomicose: atualização epidemiológica, clínica e terapêutica. **An. Bras. Dermatol**. vol.78, n.2. Rio de Janeiro Mar./Apr. 2003.

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

**Massa Cervical Fistulizante em paciente HIV Soropositivo: Linfoma Tipo B de grandes células no diagnóstico diferencial**

*Wendy do Carmo Aguiar<sup>1</sup>, Andrea Magagnini Torres<sup>1</sup>, Carolina Seabra Pacheco Gabrielle Alcântara<sup>1</sup>, Elora Silva Lopes Leitão<sup>1</sup>, Marcela Santos Carvalho<sup>1</sup>, Janine Capobianco Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>.*

*<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Medicina – UniFOA*

*<sup>2</sup>Médica Residente em Clínica Médica – Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa. Barra Mansa, RJ.*

**Introdução:**

Os linfomas não-Hodgkin (LNH) são doenças malignas clonais que resultam de mutações na célula linfóide progenitora<sup>4</sup>. É a segunda neoplasia mais comum nos pacientes soropositivos, uma vez que o risco nestes é aproximadamente 60 a 100 vezes superior ao da população soronegativa, abrangendo todas as idades com predomínio em sexo masculino de raça branca. O risco aumentado de desenvolvimento do LNH nos pacientes infectados pelo HIV é mais frequente nos pacientes com contagem de CD4 menor que 50/mm<sup>3</sup><sup>2</sup>. O linfoma difuso de grandes células B é o subtipo de LNH mais frequente, cerca de 30% a 35% dos casos. Trata-se de uma doença clínica e biologicamente heterogênea, cuja patogênese envolve acúmulo de múltiplos eventos genéticos em diferentes genes. Mais de dois terços dos pacientes se apresentam com linfadenopatia, e sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento) são observados em cerca de 40%, indicando doença agressiva<sup>1</sup>. Alguns abrem o quadro com emergências oncológicas, incluindo síndrome de lise tumoral, síndrome de compressão medular e hipercalemia. Estas alterações podem ser fatais e devem ser prontamente reconhecidas e tratadas<sup>2</sup>. A maior parte dos pacientes não é elegível para tratamento com potencial curativo, já que a grande maioria se apresenta com doença avançada. As taxas de respostas iniciais são altas com quimioterapia (40 a 50% de respostas completas), porém o prognóstico destes pacientes é pior quando comparado com linfomas da mesma histologia em pacientes não infectados pelo HIV<sup>3</sup>.

**Objetivo:**

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de linfoma tipo B de grandes células com alta prevalência em pacientes HIV soropositivo.

**Relato:**

C.B., 49 anos, sexo masculino, deu entrada no pronto socorro queixando-se de massa cervical de evolução há 6 meses em investigação na unidade básica de saúde. Relatava disfagia à sólidos, emagrecimento de cerca de 10 quilos. Ao exame: fácies caquética e hipocorado (+++/4+). Presença de massa cervical retroauricular coalescente à direita com ponto de fistulização em drenagem de secreção seropulenta associada à linfadenopatia pré-auricular bilateral. Apresentava anemia e teste rápido positivo para HIV. Durante internação foi descoberto que a esposa do paciente é soropositiva em uso de TARV (terapia anti retroviral) há 10 anos e o paciente discordava de procurar auxílio médico. Radiografia de tórax: presença de massa mediastinal. Tomografia de cervical e tórax: massa cervical aderida a planos profundos com centro necrótico, massa mediastinal coalescente com acometimento de linfonodos paraaórticos. O histopatológico de gânglio cervical evidenciou Linfoma tipo B de grandes células. Evoluiu com depressão e alterações de comportamento. Foi realizada tomografia de crânio com presença de massa de grande extensão gerando desvio de linha média. O serviço de infectologia sugeriu iniciar esquema TARV, porém o paciente evoluiu com pneumonia não responsiva a antibioticoterapia vindo a óbito antes do início do tratamento oncológico.

**Conclusão:**

Quando associado ao HIV, diversas referências classificam o linfoma tipo B de grandes células como imunoblástico, devido à relação de maior agressividade. O relato confirma nossa realidade onde o acesso ao serviço de saúde ocorre em quadro avançado de doença reservando um prognóstico restrito. Em nosso país, pouco é sabido sobre a incidência, o comportamento clínico e a sobrevida dos pacientes com linfoma e SIDA na era pós-TARV. Portanto, os estudos devem ser realizados com maior frequência a fim de um diagnóstico precoce e redução da mortalidade por estas doenças.

**Palavras-chave:** HIV soropositivo, linfoma de grandes células B.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Referências Bibliográficas:**

ARAÚJO, L. H. L. et, al. Linfoma não-Hodgkin de alto grau - Revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 54, n. 2, p.175-183. 2008.

COSTAMILAN, R. C. Linfomas em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Rev. Bras. Oncologia Clínica**, vol.4, n.10, p.21-25. 2007.

FERREIRA, C. M. S. D. et, al. Linfoma não-Hodgkin de células T envolvendo a cavidade oral em paciente com vírus de imunodeficiência humana positivo. Relato de caso. **RevBrasClinMed**, vol.11, n.3, p.300-302. São Paulo, 2013.

HALLACK NETO, A. E. et, al. Aplicação do índice prognóstico internacional em pacientes com linfoma difuso de grandes células B em uma instituição brasileira. **Rev. Bras.Hematol. Hemoter**, vol.27, n.1, p.27-30. 2005.

**Metodologia Ativa: sua aplicação na Semiologia Radiológica do Tórax**

*Nadja Emidio Correa de Araujo; Thaianne Freitas da Silva Carvalho de Souza; Juliano Guimarães de Oliveira; Ana Cláudia do Paço Baylão; Ana Luiza do Paço Baylão*

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

**Introdução:**

O programa de monitoria tem por objetivos aperfeiçoar o potencial acadêmico dos alunos-monitores, permitindo a interação do aluno do programa com o corpo docente e discente da instituição, além de proporcionar ao aluno-estudante o aprimoramento e revisão do seu aprendizado. Como monitora dos conteúdos de Imaginologia do Módulo IV, seguindo a grade curricular Modular e sob orientação da professora responsável, abordou-se as doenças do tórax responsáveis pelo aumento e diminuição da radiotransparência, através da discussão de casos clínicos e artigo científico, tendo como base uma metodologia ativa de aprendizagem.

**Objetivos:**

Com base nos conhecimentos prévios da radiológica normal do tórax apresentados nos módulos anteriores 1,2 e 3 foram introduzidos, no módulo 4, os conceitos das alterações na semiologia radiológica do tórax através das doenças que diminuem a radiotransparência pulmonar e as que aumentam a radiotransparência pulmonar, utilizando metodologia ativa, em que os aspectos dessa semiologia são apresentados a partir da discussão de casos clínico-radiológicos. Parte-se do problema apresentado no caso clínico para discussão e base teórica, fazendo-os recordar do normal para assim visualizar o alterado.

**Relato de Experiência:**

Os casos clínicos abordados foram baseados em artigos científicos, livros e aulas teóricas enviados pela professora responsável. Foram abordadas as principais patologias que aumentam e diminuem a radiotransparência, baseado em objetivos pré-estabelecidos que, ao final de cada monitoria devem ter sido trabalhados com os alunos-estudantes. As doenças que causam diminuição da radiotransparência normal escolhidas para exemplificar essa semiologia foram:

1- Pneumonia estafilocócica em criança – Foi demonstrado inicialmente a ocupação do espaço aéreo por secreção e conseqüente diminuição da radiotransparência pulmonar no lobo comprometido. Foi apresentada a semiologia radiológica do abscesso, e conseqüente evolução para uma bolha asséptica, caracterizada pela pneumatocele como lesões que aumentam a radiotransparência pulmonar.

2- Atelectasia – O reconhecimento da topografia normal das cissuras pulmonares foi o fator chave para a compreensão do efeito das alterações volumétricas sobre os espaço aéreo comprometido pelo colapso e conseqüente diminuição da radiotransparência normal. Para esse exemplo foi apresentado um caso de pneumonia de repetição e colapso do lobo médio por comprometimento do brônquio por tumor.

As doenças que causam aumento da radiotransparência pulmonar escolhidas para exemplificar essa semiologia foram:

1-DPOC – Foi recordada a semiologia normal da realização dos exames radiográficos do tórax com a identificação da apneia inspiratória e expiratória adequadas e assim trabalhado as modificações ocorridas pela patologia.

2-Pneumotórax – Identificação da faixa de maior radiotransparência, da linha pleural, da modificação dos compartimentos adjacentes, ausência da trama vascular pulmonar, resultando assim em diminuição do volume e da complacência pulmonar.

Visando uma abordagem transversal e o desenvolvimento do raciocínio clínico em associação com o conhecimento teórico e prático de Imaginologia, inicialmente é apresentado todo quadro clínico através da identificação e anamnese completa, exame físico e exames imagens que retratem o caso explicitado.

### **Resultados:**

Observou-se que alguns alunos demonstraram certa resistência a metodologia utilizada, revelando dificuldade em construir o conhecimento através das discussões de caso. Muitos alunos ainda desejam a transmissão do conhecimento de forma passiva, não compreendendo que como futuros médicos parte-se do problema para desvendar a solução. Percebe-se uma maior desenvoltura nas questões avaliativas especialmente naqueles alunos que nos módulos anteriores tiveram contato com essa metodologia de monitoria e mantiveram-se pró-ativos.

**Conclusões:**

Dessa forma, utilizando-se dessa metodologia de aprendizagem foi possível notar um melhor desenvolvimento do raciocínio clínico dos alunos-estudantes que participavam das monitorias. É preciso o estímulo para que desenvolvam-se e busquem seus conhecimentos de forma ativa e não só pelo método tradicional transmitido pelo professor.

**Referências**

ALBUQUERQUE, M. A. C.; AMORIM, A. H. C.; ROCHA, J. R. C. F.; SILVEIRA, L. M. F. G.; NERI, D. F. M. Bioquímica como sinônimo de ensino, pesquisa e extensão: um relato de experiência. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, Jan./Mar 2012.

BARBOSA, E. F.; MOURA, D. G. Metodologias ativas de aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica. B. Tec. Senac, Rio de Janeiro, v. 39, n.2, p.48-67, maio/ago. 2013.

HAMAMOTO FILHO, P. T.; VENDITTI, V. C.; MIGUEL, L.; SILVA, L. A.; OLIVEIRA, C. C.; PERAÇOLI, J. C. Pesquisa em educação médica conduzida por estudantes: um ano de experiência do núcleo acadêmico de pesquisa em educação Médica. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v.35, n.1, Jan./Mar. 2011.

MULLER, N.L; FRASER, R.S; COLMAN, N.C; PARÉ, P.D. Diagnóstico radiológico das doenças do tórax. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2003.

NASCIMENTO, M. S.; SANTOS, F. P. A.; RODRIGUES, V. P.; NERY, V. A. S. Oficinas pedagógicas: construindo estratégias para a ação docente – Relato de experiência. Rev Saúde Com., Jequié, BA, v. 3, n. 1, p. 85-95, 2007.

OLIVEIRA, J. L. A. P.; SOUZA, S. V. Relato de experiência na atividade de monitoria desenvolvida na disciplina de estágio básico de observação de desenvolvimento: um texto que se escreve a quatro mãos. Cad. Acad., Palhoça, SC, v.4, n. 1, p. 35-46, Fev./Jul. 2012.

**Palavras-chave:** Metodologia Ativa, Semiologia do Tórax, Radiologia.

**Monitoria Acadêmica utilizando Metodologia Ativa em Currículo Integrado**

*Amanda Rangel Macedo Sarzedas<sup>1</sup>; Otávio Cabral Coelho<sup>1</sup>; Stéfanie Maria Moura Peloggia<sup>1</sup>; Tássio de Faria Huguenin<sup>1</sup>; Guilherme Henrique Novaes de Souza<sup>1</sup>; Guilherme Henrique Pento dos Santos<sup>1</sup>; Bruna Casiragh<sup>2</sup>*

*1- Acadêmicos do Curso de Medicina – UniFOA*

*2- Docente do Curso de Medicina – UniFOA*

**Introdução:**

A monitoria é uma atividade de auxílio às atividades de ensino e deve estar de acordo com o projeto pedagógico do curso. Desta forma, em um curso com o Currículo Modular Integrado, as atividades de ensino devem priorizar a interdisciplinaridade, integrando os conteúdos e possibilitando uma compreensão ampla e significativa. A utilização da Metodologia Ativa no ensino modifica a sua forma tradicional e coloca os alunos como os principais responsáveis pelo seu aprendizado. A partir disso, a função do professor, ou no caso do monitor, é de mediar a aprendizagem, e não mais transmitir conteúdos.

**Objetivo:**

A Monitoria Acadêmica visa a orientar os alunos quanto ao conteúdo apresentado pelos professores do curso de Medicina. A integração da monitoria das disciplinas com conteúdo prático, Anatomia, Neuroanatomia, Imagenologia, tem como objeto melhor preparo dos acadêmicos para a realização das avaliações práticas do currículo modular e a futura compreensão de integração destes conteúdos na avaliação clínica dos pacientes. A utilização da Metodologia Ativa favorece a compreensão e a aprendizagem, buscando desenvolver cada vez mais cedo um pensamento crítico e clínico dos alunos que estão ingressando no Curso de Medicina do UniFOA, permitindo que estes compreendam melhor o que foi apresentado em sala de aula e vejam na prática clínica a importância de cada assunto abordado.

**Relato de experiência:**

Durante o decorrer do período acadêmico foram executadas monitorias integradas das disciplinas de Anatomia, Neuroanatomia e Imagenologia por seis monitores destas matérias. Conforme o tema da semana do curso, foram trabalhados casos



clínicos que abrangiam todo conteúdo. A monitoria foi dividida em dois momentos, primeiramente era realizado a apresentação do caso, as perguntas relacionadas e a discussão do mesmo, após, no laboratório de Anatomia da faculdade, ocorria uma explicação prática do caso problema apresentado. Ao final, os alunos respondiam o questionamento que lhes foi dado. Desta forma, os monitores deixaram de utilizar o método expositivo e de transmissão direta de conhecimento aos quais os alunos estão acostumados para mediar à aprendizagem dos mesmos através da motivação, da estimulação, do acompanhamento do processo e da busca de solução, contudo sem fornecer respostas prontas ou a mera transmissão de conceitos.

**Resultados:**

Com a realização da monitoria integrada e utilizando metodologia ativa: os alunos obtiveram maior compreensão da interdisciplinaridade proposta pelo currículo integrado da faculdade e conseqüentemente um melhor resultado nas avaliações do período; a frequência dos alunos nas atividades aumentou e a credibilidade dos monitores por parte do grupo docente também; percebeu-se uma mudança na forma de estudar e no raciocínio dos alunos, principalmente porque se tratava de alunos do primeiro período e que não estavam habituados a estudar conteúdos de forma integrada, levando-os a desenvolver a metacognição a partir da mediação e do estímulo para solucionar os problemas apresentados.

**Conclusão:**

A forma de integrar conteúdos facilita aprendizagem dos alunos, favorecendo tanto o desempenho dos alunos na faculdade quanto a melhor administração de monitorias pelos monitores. Esta forma de monitoria obteve a aceitação dos alunos envolvidos e pode não só favorecer o aprendizado dos acadêmicos do módulo como também propiciou uma experiência significativamente diversificada para os próprios monitores que, através da mediação do aprendizado, conseguiram também melhorar o próprio desenvolvimento cognitivo.

**Número de Consultas Médicas por habitante – Análise da cobertura na UBSF  
Francisco de Novaes, em Volta Redonda (RJ) no Período de Jan/2010 a  
Dez/2013**

*Nathália Faria de Paula; Yolanda Fernandes Malta; Glenda Alves Pereira de  
Oliveira; Rafaela Vieira Canettieri; Livia Cristina Rios; Heloisa São Thiago da Costa  
Pereira*

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

**Introdução:**

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem se constituído em um dos pilares do movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro, consolidando-se como política prioritária de governo e desempenhando papel importante no fortalecimento da Atenção Básica. A expansão do PSF em diversos contextos, com variados graus de implantação e diferentes níveis de cobertura dificultava uma informação fidedigna sobre o real desempenho desta estratégia. Como forma de responder a esta necessidade, o Ministério da Saúde (MS) criou instrumentos de avaliação da qualidade das ações de saúde, bem como para o repasse de verbas. Um dos indicadores utilizados é o número de consultas médicas por habitante, que nos permite avaliar a cobertura deste programa em determinada localidade e se ela atende às necessidades da população.

**Objetivos:**

Considerando a avaliação de serviços ou programas de saúde um importante e complexo tema, este trabalho objetivou realizar uma análise comparativa entre o número anual de consultas médicas por habitante realizadas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Francisco de Novaes, representada neste estudo por UBSF Coqueiros, com o município de Volta Redonda, o Estado do Rio de Janeiro e o Brasil, na Atenção Básica - Programa de Saúde da Família, comparando ainda a cobertura nos locais estudados com o parâmetro/média nacional.

**Métodos:**

Estudo do tipo ecológico e exploratório, tendo como unidade de observação a UBSF Coqueiros, bem como o município de Volta Redonda, o Estado do Rio de Janeiro e o Brasil. Foi analisado o desempenho destes locais em relação a um dos indicadores

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é a média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas, considerando-se apenas os atendimentos realizados através do Programa de Saúde da Família (consultas e visitas médicas) no período de 2010 a 2013. A base de dados foi o MS - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) através do site [www.datasus.saude.gov.br](http://www.datasus.saude.gov.br), a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e relatórios de produção e de marcadores para avaliação (PMA2) do SIAB disponibilizados pela UBSF do bairro Coqueiros.

**Resultados:**

Os gráficos demonstram que, segundo a média anual de consultas médicas por habitante, a UBSF Coqueiros apresentou melhor desempenho quando comparada às demais áreas. Vale ressaltar, que o menor desempenho do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil, pode ser explicado por uma série de fatores como, por exemplo, o fato de possuírem uma vasta extensão e população e fatores socioeconômicos. Embora as dificuldades do Brasil por tratar-se de um país de territórios continentais, o gráfico demonstra uma ascensão da cobertura a cada ano analisado. Os parâmetros assistenciais previstos na Portaria nº 1101/2002, do MS têm sido atualmente o principal instrumento de avaliação da cobertura assistencial do SUS. Assim, pelos atuais parâmetros, a média deve se localizar aproximadamente em 1,5 consultas/habitante/ano. A cobertura assistencial de consultas médicas na UBSF Coqueiros apresentou uma média superior à preconizada pelo MS, em todos os anos analisados e o município de Volta Redonda atingiu a meta nos anos de 2011 e 2012. O Estado do Rio de Janeiro e o Brasil encontram-se abaixo deste parâmetro, sendo que o primeiro ainda apresenta um desempenho inferior ao segundo. Em suma, pode-se dizer que a infra-estrutura e a disponibilidade de recursos no PNAB, tem revelado uma melhora global, comprovando que o sistema está cumprindo com os seus objetivos.

**Conclusões:**

Os resultados acima da média nacional obtidos pela UBSF Coqueiros em todos os anos analisados corroboram para o fato da eficiência do funcionamento da Estratégia de Saúde da Família no bairro. Entretanto, o mesmo não ocorreu no Estado do Rio de Janeiro, que não atingiu a meta nacional em nenhum dos anos estudados. Ao Brasil, por meio do MS, cabe analisar tal indicador junto a outros

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

parâmetros de saúde, identificando e superando os obstáculos. Certamente, ao abordar um único indicador de avaliação da Atenção Básica, este trabalho não permite conclusões definitivas sobre as localidades estudadas e a evolução da Estratégia de Saúde da Família. O que se pretende é que seus resultados possam contribuir para que gestores avaliem melhor a questão, buscando soluções para as dificuldades encontradas e o aperfeiçoamento da assistência em saúde à população, orientando assim os investimentos às áreas mais necessitadas e regulando as ações em saúde, minimizando as dificuldades encontradas pelos cidadãos que dependem do SUS.

**Referências Bibliográficas:**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1101**. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Pactuação Unificada de Indicadores: avaliação 2008**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v. 14, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume14.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume14.pdf)>. Acesso em 22 de abr. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, v.4, 2006b.

CARDOSO, M.O. **Avaliação da Cobertura da Atenção Básica à Saúde em Salvador, Bahia. 2009**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009.

CENTA M.L.; ALMEIDA B.M.M. **O Programa de Saúde da Família sob olhar da equipe multidisciplinar**. Família, Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, v.5, n.2, 103-113, 2003.

D'AGUIAR, J.M.M. O Programa de Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

FIGUEIREDO, E.N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. UMA-SUS**. UNIFESP, 2011. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)> Acesso em 19 de Abril de 2014.

MENDES, J.D.V.; OSIANO, V.L.R.L. Consultas Médicas de Atenção Básica na RRAS do Estado de São Paulo. GAIS informa, São Paulo, v.4, n.16, out. 2012.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

Disponível em <[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais\\_jornal\\_16.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_jornal_16.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2014.

REDE Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa, 2ª Ed., Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2008.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.61, n.2, 2008.

**Palavras-chave:** Atenção Básica, Consultas, Saúde da Família

[nath.faria@hotmail.com](mailto:nath.faria@hotmail.com)

**“O que eu era e o que eu sou”: Alterações dermatológicas do Lúpus  
Eritematoso Sistêmico e seu impacto psicossocial**

*Bianca Quintas da Silva; Camila Cruz Leijoto*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta redonda*

**Introdução:**

O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença inflamatória crônica, de causa ainda desconhecida e de natureza auto-imune. A doença pode evoluir com manifestações dermatológicas, incidindo mais freqüentemente em mulheres jovens, ou seja, na fase reprodutiva. (Sato et al; 2004) O envolvimento dermatológico gera insatisfações tanto estéticas como psicológicas nos pacientes acometidos. Foram encontrados artigos citando as manifestações dermatológicas porém, não com foco voltado a essa questão. O artigo tentará delimitar o corpo humano, alterado pelo Lúpus, como objeto de estudo, presumindo que as alterações visíveis compreendem uma importante forma de visualização e distorção da auto imagem.

**Objetivos:**

O objetivo deste trabalho é discutir e compreender as alterações dermatológicas provocadas pela doença referida. Em face disso, a questão central busca o mapeamento das alterações físicas-emocionais importantes 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 SS; 2003).

**Metodologia:**

Este artigo se caracteriza como qualitativo e descritivo sobre alterações dermatológicas integrada a imagem corporal no Lúpus Eritematoso Sistêmico. Serão incluídos livros acadêmicos, artigos científicos de revisão com base de dados retirados do Scielo, Pubmed, Google acadêmico, bibliotecas online sobre o tema abordado dos anos de 1993 a 2013 e excluídos pesquisa de campo e artigos de revisão com as datas inferiores ao ano 1993.

**Discussão:**

Conforme analisamos o lúpus eritematoso sistêmico consiste em uma doença inflamatória de acometimento difuso. Ocorre em mulheres em idade fértil e por ser

um transtorno sem delimitações populares estabelecidas é cenário de grande sofrimento. A vivência do lúpus esta associada a importantes modificações psicossociais dos pacientes acometidos. O caráter oscilatório da patologia prejudica a adesão da doença e reconhecimento de uma identidade. Finalmente considera-se como necessário a autoconsciência breve e a auto-aceitação a fim de estabelecer um tratamento adequado.

**Conclusões:**

O Lúpus eritematoso sistêmico como vimos não consiste em apenas uma doença com uma diversidade clinica complexa mas também com fatores emocionais múltiplos relacionados a cada individuo. Vale ressaltar que uma vez superado alguns obstáculos desse processo de adoecer, novos poderão surgir já que consiste em uma doença cíclica e imprevisível que gera graves repercussões psicossociais. Nesse momento, o apoio oferecido pela equipe de saúde é de suma importância. O médico deve não apenas se ligar ao diagnostico 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.

**Referências:**

Andrade SS. Saúde e beleza do corpo feminino algumas representações no Brasil do século XX. Movimento. 2003.

Mattje, Gilberto Dari; Turato, Egberto Ribeiro. Experiências de vida com Lúpus Eritematoso Sistêmico como relatadas na perspectiva de pacientes ambulatoriais no Brasil: um estudo clínico-qualitativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto 2006.

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

Schilder, P. A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

Sociedade Brasileira de reumatologia. Cartilha lúpus. São Paulo. 2011.

**Palavras-chave:** lesões cutanêas, aspecto psicossocial, lúpus eritematoso sistêmico

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

## **Os efeitos da dependência química na Neuroplasticidade Cerebral**

*Juliano Guimarães de Oliveira; Denise Abelha; Isabelly Regis Cruz; Rodrigo Freitas*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda*

### **Introdução:**

Muitas pesquisas são realizadas sobre a capacidade adaptativa dos neurônios, chamada neuroplasticidade. Através de métodos modernos de pesquisa como neuroimagens através de ressonância magnética funcional, cientistas tentam descobrir os mecanismos de atuação dessa capacidade neuronal, o que o leva a se fortalecer e também o que o enfraquece. Substâncias químicas mostram-se importantes influências sobre a forma como os neurônios adaptam suas sinapses. O uso de determinadas substâncias pode ser um fator determinante para a modificação a criação de novos hábitos e vícios.

### **Objetivo:**

Realizar uma revisão literária das pesquisas relacionadas a essa área de interesse das neurociências. Compreender os mecanismos da dependência química e seus efeitos no funcionamento do Sistema Nervoso Central.

### **Metodologia:**

Será realizada uma revisão sistêmica de artigos sobre o efeito de substâncias químicas que geram vício e seus efeitos na neuroplasticidade cerebral nos principais bancos de dados do planeta (SciELO, PubMed entre outros).

### **Discussão:**

A neuroplasticidade cerebral pode ocorrer por formação de LTP e LTD. Para ocorrer esse efeito é necessário mudanças sinápticas de curto prazo por efeito de segundo mensageiro cAMP, para que essas possam ser potencializadas por efeitos associados à ativação do gene CREB, que produz proteínas para o crescimento sináptico, e tornem-se mudanças a longo prazo. Serotonina e dopamina são dois neurotransmissores que aumentam os níveis intracelulares de cAMP e ajuda nesse processo. A criação de um vício por drogas de abuso passa por três etapas: intoxicação, retirada e antecipação. A intoxicação é o contato com a droga e possível formação de reforço ao seu estímulo. Retirada é uma fase relacionada a um



efeito emocional negativo de ausência da droga, com a ativação da amígdala cerebral. Antecipação é o desejo pela droga e formação de emoções subjetivas relacionadas à droga, envolve diversas estruturas límbicas. A relação do vício com a neuroplasticidade estaria relacionada ao sistema mesolímbico ( recompensa), que funciona por efeitos dopaminérgicos, onde diversas drogas atuam gerando sensação de euforia. Com estímulos frequentes doses maiores são cada vez mais necessitadas para atingir essa sensação. Estas mudanças em última análise usurpam mecanismos normais de aprendizagem para mudar o circuito neuronal de associações para uma forma de hábito aprendido que persiste mesmo diante de consequências adversas significativas o que é um componente da compulsividade. O uso da cocaína induz LTP de corrente elétrica, mediada pelo receptor AMPA em neurónios dopaminérgicos. A exposição repetida dos neurónios à cocaína também induz a dessensibilização dos receptores D2 no núcleo tegumental ventral, juntamente com a sensibilização de receptores D1. A maconha atua no sistema canabinóide do cérebro. Os endocannabinóides atuam por meio de dois receptores recentemente descobertos: CB1 – com distribuição no sistema nervoso central e CB2 – com distribuição periférica. Estes receptores estão localizados principalmente na pré-sinapse e influenciam diferentes neurotransmissores tais como glutamato, noradrenalina, serotonina e dopamina, assim potencializando as suas ações. As regiões cerebrais que demonstraram aumento no fluxo sanguíneo cerebral (FSCr) pela ação da maconha parecem mediar as alterações do humor e comportamento, enquanto que a redução do FSCr no córtex cerebral parece ser responsável pelas funções cognitivas e de percepção prejudicadas pela intoxicação aguda. Ressalta-se que as alterações neuronais que se manifestam num indivíduo viciado e o que pode ser descoberto por imaginologia e estudos neuropsicofarmacológicos são um reflexo não só de uma determinada trajetória de exposição crônica a drogas, mas também características individuais genéticas.

**Referências:**

AHMED, Serge H. *et al.* Neurobiological evidence for hedonic allostasis associated with escalating cocaine use. **Nature Neuroscience**. Bordeaux, 10 June 2002. 5 p. 625–626.

ANDERSSON, Malin; KONRADI C.; CENCI M.A., cAMP response element-binding protein is required for dopamine-dependent gene expression in the intact but not the dopamine-denervated striatum. **The Journal of Neuroscience**. Lund, 15 December 2001. 21:9930–9943.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

BELARDETTI, Francesco; *et al.*, Role of serotonin and cyclic AMP on facilitation of the fast conducting system activity in the leech. **Hirudo Medicinalis Brain research**. 1982. v. 246, n. 1, p. 89-103, 1982.

BLISS, Timothy V.P.; COOKE, F. Long-term potentiation and long-term depression: a clinical perspective. **CLINICS**. 2011. vol.66. Section 1. p.3-17.

BLOCK, R.I.; *et al.* Cerebellar hypoactivity in frequent marijuana users. **Neuroreport**. 2000; v.11, n.4, p.749-53.

BONCI, Antonello; *et al.* The dopamine-containing neuron: maestro or simple musician in the orchestra of addiction? **Trends in Pharmacological Sciences**. vol.24, issue 4, p.172–177. April 2003.

CASADIO Andrea. *et al.*, A transient, neuron-wide form of CREB-mediated long-term facilitation can be stabilized at specific synapses by local protein synthesis. **Cell Press**. 15 October 1999. v. 99, n. 2, p. 221-237.

CASTELLUCCI V. F.; *et al*, Intracellular injection of the catalytic subunit of cyclic AMP-dependent protein kinase simulates facilitation of transmitter release underlying behavioral sensitization in Aplysia. **Proceedings of the National Academy of Sciences**. 1 December 1980, vol.77, n.12, p.7492-7496.

CEDAR H. , KANDEL E.R., SCHWARTZ J.H., Cyclic Adenosine Monophosphate in the Nervous System of Aplysia californica I. Increased synthesis in response to synaptic stimulation, 1972, **The Journal of general physiology**, Issue 60, p.558.

CHEN S.A., *et al.*, Unlimited access to heroin self-administration: independent motivational markers of opiate dependence. **Neuropsychopharmacology**. 2006. 31: 2692–2707 (corrigendum: 31: 2802).

CO, B.T.; GOODWIN, D.W.; GADO, M.; MIKHAEL, M.; HILL, S.Y. Absence of cerebral atrophy in chronic cannabis users. Evaluation by computerized transaxial tomography. **JAMA**. 1977; v.237, n.12, p.1229-30.

CRIPPA, José A. *et al* . Efeitos cerebrais da maconha: resultados dos estudos de neuroimagem. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 27, n. 1, Mar. 2005 .

DOUGLAS, Kim S.; FROELICK, Glenda J., PALMITER, Richard D. Dopamine-Dependent Desensitization of Dopaminergic Signaling in the Developing Mouse Striatum. **The Journal of Neuroscience**. Seattle. 15 December 2002. v.22, n.22, p. 9841-9849.

EMILIO F.E.; NIEVES R.E., Psychostimulant Drugs and Neuroplasticity. **Pharmaceuticals**. 2011. v.4, p. 976-991.

EVERITT B.J., WOLF M.E., Psychomotor stimulant addiction: a neural systems perspective. **Journal of Neuroscience**. 2002. 22: 3312–3320 (erratum: 22(16): 1a).

GREENGARD, Paul, *et al.*, Synaptic vesicle phosphoproteins and regulation of synaptic function. **Science**. 5 February 1993. v. 259, n. 5096, p. 780-785.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

HERVÉ D., ROGARD M., LÉVI-STRAUSS M., Molecular analysis of the multiple G<sub>o</sub>  $\alpha$  subunit mRNAs in the rat brain. **Brain Res Mol Brain Res**. 1995. vol.32. p.125–134.

HYMAN, Steven E.; MALENKA, Robert C.; NESTLER, Eric J. Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. **Annual Reviews Neuroscience**. July 2006. vol.29. p.565–598.

KANDEL, Eric R., *et al*, Genetic Demonstration of a Role for PKA in the Late Phase of LTP and in Hippocampus-Based Long-Term Memory. **Cell Press**. Published by Elsevier. 1997. vol. 88, Issue 5, p615–626.

KONRADI, Christine; LEVEQUE, Jean C.; HYMAN, Steven E. Amphetamine and dopamine-induced immediate early gene expression in striatal neurons depends on postsynaptic NMDA receptors and calcium. **The Journal of Neuroscience**. 1 July 1996. vol.16. p.4231–4239.

KOOB, George F.; VOLKOW, Nora D., *Neurocircuitry of addiction*. **Neuropsychopharmacology Reviews**. Published online. 26 August 2009. vol.35, p.217–238

KUEHNLE, J.; MENDELSON, J.H.; DAVIS, K.R.; NEW P.F. Computed tomographic examination of heavy marijuana smokers. **JAMA**. 1977;237(12):1231-2. (KUEHNLE, 1977).

LIU F.C., GRAYBIEL A.M., Spatiotemporal dynamics of CREB phosphorylation: transient versus sustained phosphorylation in the developing striatum. **Neuron**. 1996. vol.17. p.1133–1144.

MATHEW, R.J.; *et al*. Changes in middle cerebral artery velocity after marijuana. **Biological Psychiatry**. 1992; v.32, n.2, p.164-9.

MCGREGOR, Alison; ROBERTS, David C.S. Dopaminergic antagonism within the nucleus accumbens or the amygdala produces differential effects on intravenous cocaine self-administration under fixed and progressive ratio schedules of reinforcement. **Brain Research**. 8 October 1993. vol.624. Issue1-2. p.245–252.

NESTLER, Eric J.; MALENKA, Robert C., *The addicted brain*, Molecular Basis of Neuropharmacology, 2001.

NESTLER, Eric J., Is there a common molecular pathway for addiction? **Nature Neuroscience**. vol.8. p.1445–1449.

O'LEARY, D.S.; *et al*. Acute marijuana effects on rCBF and cognition: a PET study. **Neuroreport**. 2000; v.11, n.17, p.3835-41.

OLIVEIRA, Felipe M., *et al.*, Brain hypoperfusion in adolescents dependent of multiple drugs, **Arquivos de Neuropsiquiatria**. Abril 2010. vol.68. n.2. p.161-167.

OLIVIER, George, *et al*. Extended access to cocaine self-administration produces long-lasting prefrontal cortex-dependent working memory impairments.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Neuropsychopharmacology**. Published online. 21 November 2007. vol. 33. p.2474–2482.

ROBBINS T. W. *et al.* Introduction: Neurobiology of addiction: new vistas. **Philosophical Transactions of the Royal Society Biological Sciences**. 12 October 2008. vol.363. n.1507. p.3109–3111.

ROBERTSON L.M., *et al.* Regulation of c-fos expression in transgenic mice requires multiple interdependent transcription control elements. **Neuron**. Curran. 1995. ol.14. p.241–252.

VORUGANTI, L.N.; *et al.* Cannabis induced dopamine release: an in-vivo SPECT study. **Psychiatry Research**. 2001; v.107, n.3, p.173-7.

WEE, Sunme; *et al.* Effect of aripiprazole, a partial D2 receptor agonist, on increased rate of methamphetamine self administration in rats with prolonged access. **Neuropsychopharmacology**. 28 February 2007. vol.32. p.2238–2247.

WILSON, W.; *et al.* Brain morphological changes and early marijuana use: a magnetic resonance and positron emission tomography study. **Journal of Addicted Diseases**. 2000; v.19, n.1, p.1-22.

WOLF, Marina E., Addiction: making the connection between behavioral changes and neuronal plasticity in specific pathways. **Molecular Interventions**. June 2002. vol. 2. p.146–157.

**Palavras-chave:** Neuroplasticidade, drogas, dependência química.

[juliano\\_gmo@hotmail.com](mailto:juliano_gmo@hotmail.com)

**Paracoccidioidomicose como diagnóstico diferencial de Linfadenopatia**

*Elora Silva Lopes Leitão<sup>1</sup>, Andrea Magagnini Torres<sup>1</sup>, Carolina Seabra Pacheco Gabrielle Alcântara<sup>1</sup>, Marcela Santos Carvalho<sup>1</sup>, Wendy do Carmo Aguiar<sup>1</sup>, Janine Capobiango Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>.*

*<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Medicina – UniFOA*

*<sup>2</sup>Médica Residente em Clínica Médica – Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

*Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa. Barra Mansa, RJ.*

**Introdução**

A Paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica endêmica, considerada a oitava causa de mortalidade dentre as doenças infecciosas crônicas, limitadas à América Latina, chega a atingir cerca de 10% da população brasileira nas regiões subtropicais. Estima-se ainda cerca de quatro novos casos por milhão de habitantes ao ano. <sup>2</sup> A PCM se apresenta basicamente de duas formas, aguda e crônica.<sup>1</sup> A forma aguda acomete pessoas com até 35 anos, correspondendo apenas de 3 a 5% dos casos, nessa forma os pulmões são raramente comprometidos, tendo como sinais e sintomas mais prevalentes: linfonodomegalias superficiais e profundas; hepatoesplenomegalia; anemia, febre e emagrecimento; rápida queda do estado geral. Já a forma crônica, representa aproximadamente 90% dos casos, acomete mais o sexo masculino, manifesta-se de forma lenta e insidiosa, podendo o indivíduo apresentar fraqueza, febre, emagrecimento, tosse, dispneia, outros sintomas pulmonares e lesões cutâneas. <sup>3</sup>

**Objetivo**

Mostrar a importância em concluir o diagnóstico de PCM para instalar um tratamento eficaz de uma patologia frequente na região do médio Paraíba.

**Relato de experiência**

G.O.S., 23 anos, sexo feminino, parda. Natural de Barra Mansa (RJ), auxiliar de serviços gerais. Deu entrada no Pronto Socorro queixando-se de “pescoço grande” e inapetência de piora progressiva nos últimos 3 meses. Relatou idas frequentes à emergência sendo diagnosticada com virose e tratada com sintomáticos sem

melhora do quadro. Ao exame apresentava cervicalgia associada à linfonodomegalia cervical, pré auricular e retroauricular bilaterais, emagrecida e hipocorada. Abdome globoso, tenso, peristalse débil, doloroso à palpação difusamente e ascite moderada. Membros inferiores edemaciados em região perimaleolar. À admissão foi realizada biópsia excisional de gânglio cervical e enviada amostra para análise histopatológica. Após uma semana de internação e investigação clínica, a linfadenopatia cervical formou abscessos e fistulizou. Os exames laboratoriais revelaram anemia importante, elevação de VHS e PCR. Na radiografia de abdome havia massa abdominal volumosa e ascite considerável. A Tomografia Computadorizada (TC) de pescoço mostrou numerosos linfonodos de dimensões variadas, acometendo diversos níveis cervicais, assim como a TC de abdome evidenciou comprometimento de cadeias ganglionares retroperitoneais e pélvicas. Após três semanas de internação, o histopatológico revelou a presença de *Paracoccidioides brasiliensis* (Pb), fechando o diagnóstico como PCM. No tratamento foi instalada terapia com Sulfametoxazol-Trimetoprim (SMX-TMP) associada à Itraconazol com resposta satisfatória. Em três meses de tratamento em nível hospitalar apresentou melhora clínica considerável recebendo alta para seguimento ambulatorial com programação de tratamento com SMX-TMP por 12 meses. Após três meses de acompanhamento ambulatorial, a paciente foi readmitida na enfermaria para investigação de massa abdominal em região supra púbica, apresentar-se em bom estado geral e sem demais queixas. Foi realizada ultrassonografia de abdome revelando linfadenomegalia em cadeia para-aórtica e ascite moderada, inferindo permanência da linfadenopatia associada à PCM. Associou-se Itraconazol novamente e a alta hospitalar foi dada após a liberação desse medicamento pela rede pública de saúde para uso contínuo e domiciliar.

### **Conclusões**

A PCM é subdiagnosticada na maioria das vezes, sendo confundida com outras doenças de apresentações clínicas semelhantes.<sup>1</sup> Sua frequência tem aumentado na área urbana, já que os limites entre rural e urbano não são bem definidos em alguns municípios, o que justifica o município de Barra Mansa, relatado anteriormente, ser considerado endêmico. A PCM deve sempre ser considerada como hipótese diagnóstica frente a um paciente com linfadenopatia. Pois o

tratamento adequado pode evitar o comprometimento funcional do indivíduo e o impacto social da doença. <sup>3</sup>

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

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

2. SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida e GRUPO DE CONSULTORES DO CONSENSO EM PARACOCCIDIOIDOMICOSE et al. **Consenso em paracoccidioidomicose**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [online]. 2006, vol.39, n.3, pp. 297-310. ISSN 0037-8682.

3. WANKE, Bodo and AIDE, Miguel Abidon. Capítulo 6 - **Paracoccidioidomicose**. J. bras.pneumol. [online]. 2009, vol.35, n.12, pp. 1245-1249. ISSN 1806-3713.

**Palavras-chave:** Paracoccidioidomicose aguda, linfadenopatia, tratamento de paracoccidioidomicose.



**Paracoccidioidomicose na forma crônica do adulto em morador de área urbana: um relato de caso**

*Fernanda Teodora de Souza Abrantes<sup>1</sup>, Amanda Moreira Pimentel<sup>1</sup>, Henrique Rivoli Rossi<sup>1</sup>, Marcelle de Novaes Tavares<sup>1</sup>, Natália Cânedo Almeida<sup>1</sup>, Tchandra Andrade Gomide<sup>1</sup>, Janine Capobiango Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> Acadêmica Interno do Curso de Medicina do UniFOA

<sup>2</sup> Médica Residente em Clínica Médica - Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa  
UniFOA- Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ  
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, RJ.

**Introdução:**

A Paracoccidioidomicose (PCM), também conhecida como blastomicose sulamericana ou Doença de Lutz-Splendore-Almeida, é uma micose sistêmica endêmica, causada pelo fungo termo-dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. A porta de entrada mais freqüente do fungo é o trato respiratório superior, através da inalação de conídios, sendo os pulmões e as vias aéreas superiores os primeiros locais acometidos. A partir daí pode haver disseminação do fungo para outros locais, tanto por via hematogênica como linfática<sup>1</sup>. É uma doença infecciosa crônica limitada aos países da América Latina<sup>2</sup>.

**Objetivo:**

Descrever um caso clínico de PCM com apresentação inicial similar à pneumonia e/ou doença obstrutiva crônica, assim como sua investigação e evolução.

**Relato de caso:**

A.S.P., 45 anos, sexo masculino, pardo, morador de zona urbana, casado, tabagista. Deu entrada no pronto socorro de hospital de nível terciário, queixando-se de disfagia, apatia, emagrecimento e dispnéia de piora progressiva nos últimos 6 meses, com vindas frequentes ao pronto socorro, sendo tratado como pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crônica associada ao tabagismo, sem melhora do quadro. Ao exame: hipocorado, hidratado, anictérico, acianótico. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular universalmente audível com estertores finos difusos. Aparelhos cardiovascular, digestório, membros inferiores e superiores sem alterações. Apresenta lesão ulcerativa em palato a qual foi realizada biópsia para



histopatológico. Radiografia de tórax infiltrado em vidro fosco difuso, associada a áreas de fibrose intersticial. Sorologia para HIV negativa. Pela anamnese e clínica foi iniciado empiricamente Sulfametoxazol-Trimetropim (SMXTMP), aguardando resultado de biópsia. Após 15 dias, o resultado histopatológico confirma diagnóstico de PCM.

**Resultados:**

O paciente acima apresentou melhora clínica considerável, recebendo alta em uso de SMXTMP por cerca de 12 meses em acompanhamento ambulatorial e reabilitação pulmonar. Diferente de outros fungos patogênicos, *P. brasiliensis* é fungo sensível à maioria das drogas antifúngicas, inclusive aos sulfamídicos. O itraconazol é a melhor droga e poderia ser utilizada por menor tempo, porém, não está disponível na rede pública de todos os Estados. O tratamento de escolha então é realizado com SMXTMP, por pelo menos 12 meses. Caso não haja resposta satisfatória, associa-se um derivado azólico (cetoconazol, fluconazol ou itraconazol) pelo mesmo período. A anfotericina B é usada nos casos graves da doença. Deve-se restringir fumo e álcool (1). O tratamento é de longa duração e os pacientes devem ser acompanhados até atingir os critérios de cura, como melhora clínica, radiológica (padrão normal de duas imagens por pelo menos 3 meses) e imunológica (estabilização da imunodifusão em 1:2 ou negatificação em duas amostras com intervalo de 6 meses após o tratamento). Os termos “cura aparente” ou “cura clínica” devem ser empregados, pois existe um risco potencial de uma reativação tardia da doença.

**Conclusão:**

Muitos casos de PCM normalmente são negligenciados ou confundidos com outras doenças mais freqüentes, como ocorreu com o paciente acima. Há uma grande quantidade de doentes que necessitam de assistência médica de longo prazo nas regiões de maior endemicidade, tornando a moléstia, pela sua prevalência, um importante problema de saúde pública.

**Referências**

BERTONI, Thamara Aline; TAKAO, Elisa Keiko Hirayama; DIAS, Jose Ricardo Colleti.; SVIDZINSKI, Terezinha Ines Estivaleti. Paracoccidioidomicose e tuberculose: diagnóstico diferencial. J Bras Patol Med Lab, v. 46, n. 1, p. 17-21, fev 2010.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

COSTA, Marlos Augusto Bitencourt; CARVALHO, Tarcisio Nunes; ARAÚJO JÚNIOR, Cyrillo Rodrigues; BORBA, Ana Olivia Cardoso; VELOSO, Gerson Augusto; TEIXEIRA, Kim-Ir-Sem Santos. Manifestações extrapulmonares da paracoccidiodomicose. Radiol Bras, São Paulo, v. 38, n. 1, Feb. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Paracoccidiodomicose - Doenças Infecciosas e Parasitárias, nov 2004.

RAMOS-E-SILVA, Márcia; SARAIVA, Luciana do Espirito Santo. Paracoccidiodomycosis. Dermatologic. Clinics., Philadelphia, v. 26, n. 2, p. 257-269, 2008.

SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida; TELLES FILHO, Flávio de Queiroz.; MENDES, Rinaldo Pôncio; COLOMBO, Arnaldo Lopes; MORETTI, Maria Luiza. Guideliness in paracoccidiodomycosis. Revista as Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 39, n. 3, p. 297-230, 2006.

**Palavras-chave:** Paracoccidiodomicose, forma crônica adulta, área urbana.

[feabrantest1@gmail.com](mailto:feabrantest1@gmail.com)

## **Peritoneostomia**

*Amanda Pratti Ferreira, Christine Justo da Costa, Maria Eduarda Alves Pio, Priscila dos Santos Mageste, Rogério de Oliveira Gonçalves.*

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

### **Introdução:**

A peritoneostomia é uma técnica cirúrgica que consiste em deixar a cavidade abdominal aberta. É uma situação cada vez mais frequente em trauma e na cirurgia de emergência, e muitas vezes dessa forma que salvará a vida de pacientes graves. Historicamente, deixar o abdome “aberto” era considerado uma falha cirúrgica. Porém em 1983 percebeu-se que aumentava a sobrevida do pós-operatório 7% a 65% em casos de peritonite.

### **Objetivo:**

Demonstrar a finalidade das técnicas de peritoneostomia, as indicações das mesmas, os principais tipos existentes e as complicações mediante ao processo cirúrgico.

### **Metodologia:**

Foi realizada uma revisão bibliográfica, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library Online (SCIELO)* e *Pubmed*.

### **Resultados:**

Através da pesquisa foram encontrados oito artigos que realizada as finalidades da técnica são drenar o material infeccioso, prevenir a SCA (Síndrome compartimental do abdomen), permitir controle visual das vísceras e preservar a parede abdominal. Sete trabalhos tem como indicações a realização da peritoneostomia: trauma grave (operação para controle de danos), edema peritoneal excessivo ocasionado pela síndrome compartimental, impossibilidade de eliminar e controlar o foco infeccioso, eliminação incompleta de debris necróticos, sepse abdominal com dano maciço e pancreatite aguda necrotizante. As principais técnicas de peritoneostomia são bolsa de Bogotá, curativo à vácuo, descolamento do tecido adiposo subcutâneo e tela de polipropileno e foram observados em cinco artigos. E em quatro artigos foi visto que

dependendo do tipo utilizado podem ocorrer complicações como risco de eviscerações, infecções, fístulas, perda hídrica, calórica e eletrólitos.

**Conclusão:**

A peritoneostomia é uma arma importante no controle da infecção intra-abdominal, sendo um método com risco de complicações e ainda com mortalidade elevada não apenas imputada à utilização da peritoneostomia, mas também a complicações locais ou gerais devidas à gravidade dos pacientes. No entanto, ainda faltam estudos randomizados e controlados comparando estratégias diferentes para a condução do abdome aberto.

**Referências bibliográficas:**

DELABIO-FERRAZ, E.; MÁRQUEZ, O. Técnica de fechamento progressivo na laparostomia e descompressão abdominal. **Rev do Col. Bras. de Cir.**, v. 27, p. 237-44, 2000.

FERES, O.; PARRAS, R. S. Simpósio: Fundamentos em clínica cirúrgica - 2ª parte. Ribeirão Preto, 2008.

FERREIRA, F. et al. Fechamento sequencial da parede abdominal com tração fascial contínua (mediada por tela ou sutura) e terapia a vácuo. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 40, n. 1, p. 85-9, 2013.

GÓMEZ, M.; MORALES, M.; GONZÁLES, J.; LÓPEZ, S. Cirugía de control de daños. **Rev Cub Cir**, v. 45, n. 1, 2006.

INAGUAZO S, DARWIN y ASTUDILLLO A, MARÍA J. Abdomen abierto en la sepsis intraabdominal severa: ¿Una indicación beneficiosa?. **Revista Chil Cir**. v. 61, n. 3, p. 294-300, 2009.

MAGALHÃES, C. E .V.; MAYALL, M. R. Abdome agudo não traumático. **Rev. Hosp. Univer. Pedro Ernesto**, v. 8, n. 1, Rio de Janeiro, 2009.

NÁPOLES, M.G.; FABRA, M.E.L. Síndrome compartimental abdominal. **Rev. Cub. de Cir.**, n. 2, v. 52, Ciudad de la Habana, Cuba , 2013

NETO, J.R. et al .Uso da Peritoneostomia na Sepse Abdominal **Rev bras Coloproct**, v. 27, n. 3, p. 278-83, Sergipe, 2007.

PARREIRA, J. G.; SOLDA, S.; RASSLAN, S. Controle de danos: uma opção tática no tratamento dos traumatizados com hemorragia grave. **Arq. Gastroenterol**. v. 39, n. 3, p. 188-97, 2002.

PERES, M. A. O., AGUIAR, H. R., ANDREOLLO, N. A. Surgical treatment of subcostal incisional hernia with polypropylene mesh-analysis of late results. **Rev. do Col. Bras. de Cir.**, v. 41, n. 2, p. 82-6, 2014.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

SIMAO, T., Sarmiento et al. Curativo à vácuo para cobertura temporária de peritoneostomia. *ABCD, Arq. Bras. Cir.*, v. 26, n. 2, p. 147-50, 2013.

TORRES NETO, J. R. et al. Uso da peritoneostomia na sepse abdominal. *Rev bras. colo-proctol.* v. 27, n.3, p. 278-283, 2007.

TORRES, O. J. M. et al. Fístulas enterocutâneas pós-operatórias: análise de 39 pacientes. *Rev. Col. Bras. Cir.* V.29, n. 6, 2002

TORRES N., Juvenal da Rocha et al. Uso da peritoneostomia na sepse abdominal. *Rev bras. colo-proctol.*, v. 27, n. 3, p. 278-83, 2007.

Palavras-chave: peritoneostomia, indicações, técnicas.

**Pitiríase Liquenóide Crônica: relato de caso**

*Carolina Seabra Pacheco Gabrielli Alcântara<sup>1</sup>; Amanda Moreira Pimentel<sup>1</sup>; Juliana Oliveira da Silveira<sup>1</sup>; Henrique José do Nascimento<sup>2</sup>*

*1- Acadêmica Interno do curso de medicina UniFOA*

*2- Médico e professor do curso de medicina UniFOA*

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

**Introdução:**

Pitiríase Liquenóide (PL) é uma doença rara com duas variantes: aguda (pitiríase liquenóide e varioliforme aguda – PLEVA - ou doença de Mucha-Habermann) que se caracteriza por surtos de lesões papulovesiculosas que evoluem com crostas necróticas; e crônica, que se caracteriza por apresentar grupos de pápulas eritematosas descamativas, que podem persistir por semanas, meses ou anos. Alguns autores incluem papulose linfomatóide nesse grupo de doença.<sup>1,2</sup> História de infecções ou de ingestão de fármacos precede as manifestações da pele em 30% e 11,2% dos pacientes com as variantes aguda e crônica, respectivamente.<sup>1,3</sup> A doença se inicia mais comumente durante o inverno (35%) e o outono (30%). A PL é um processo inter-relacionado com o principal grupo de doenças linfoproliferativas de célula T, e um acompanhamento regular desses pacientes é essencial por causa da possibilidade de transformação neoplásica.<sup>3,4,5</sup> A maioria dos casos ocorre durante as primeiras décadas de vida do indivíduo.<sup>5</sup> Ambas as variantes são mais comuns em homens.<sup>6,7</sup> O diagnóstico é baseado na suspeita clínica e no estudo histopatológico. O prognóstico é bom para ambas as formas.<sup>4</sup> O evento inicial em ambas as variantes pode ser uma resposta imune anormal a um antígeno desencadeante.<sup>7</sup>

**Objetivos:**

Apresentar um relato de caso sobre PL crônica e fazer uma breve análise de artigos publicados em periódicos científicos indexados ou textos de livros de Dermatologia que tratem direta ou indiretamente desta afecção dermatológica, visando melhor conhecimento sobre este relevante tema.

**Relato de Experiência:**

E. M. S., 11 anos, estudante, moradora de Volta Redonda, procurou a policlínica do UniFOA, no dia 15 de agosto de 2013, apresentando no exame físico máculas hipocrômicas de tamanho variado, entre 0,5 e 2,0 a 3,0 cm, isoladas e coalescentes, afetando face, tronco e membros superiores e inferiores. Existiam nas áreas afetadas, pápulas dando a impressão de ceratose folicular. Segundo a mãe, há 2 anos a paciente apresentou manchas brancas pelo corpo inteiro, sem sucesso nos tratamentos anteriores. Após a avaliação, foi feita a hipótese diagnóstica de PL crônica e feito um pedido de biópsia para confirmar o diagnóstico. No dia 17 de outubro, a paciente apresentou no exame físico: máculas hipocrômicas disseminadas com pápulas ceratásicas espessas. O laudo anátomo-patológico evidenciou na derme superficial, fibrose e discreto infiltrado inflamatório mononuclear com alguns melanófagos, e não foram identificados agentes microbiológicos através de coloração especial e hemograma completo sem alterações. Diante deste resultado, o médico teve certeza da hipótese diagnóstica e solicitou exames para iniciar tratamento com Dapsona. No dia 14 de novembro, a paciente retornou com o resultado normal dos exames. O dermatologista, então, iniciou com Dapsona (50 mg por dia), Ureia 10%, Óleo de amêndoas 5% em creme base qsp 100g e novos exames.

**Resultados:**

A paciente apresentou melhora significativa do quadro cutâneo após três meses de uso de Dapsona. No exame físico, apresentou diminuição da intensidade das máculas hipocrômicas e melhora também das pápulas, com xerodermia. Trouxe para a consulta hemograma completo, hepatograma e bioquímica normais. O médico manteve a conduta terapêutica e solicitou novos exames laboratoriais. A paciente continua em tratamento.

**Conclusões:**

Tendo em vista que a PL é uma doença rara, seu diagnóstico torna-se difícil para o médico. As lesões da PL crônica caracterizam-se, basicamente, por múltiplas pequenas pápulas liquenóides e descamativas, não associadas à sintomatologia sistêmica. O tratamento pode constituir um desafio por se tratar de uma doença auto-limitada e não existir nenhuma terapêutica específica e totalmente eficaz.

**Referências Bibliográficas:**

1. GARRA FLORES, Fabiola; KURPIS, Mary; RUIZ LASCANO, Alejandro. Pityriasis Liquenoide: reporte de once casos/ Pityriasis lichenoides: eleven cases report. Fuente: Dermatol.argent;7(1):26-30, ene-mar 2001. Ilus.
2. KHACHEMOUNE, Amor; BLYUMIN, Marianna. Pityriasis lichenoides - Pathophysiology, classification and treatment. Am J Clin Dermatol, 2007; 8 (1). Disponível em: [http://www.emmanuelfranca.com.br/artigos/artigo\\_pityriasis\\_liquenoide\\_cronica\\_1.htm](http://www.emmanuelfranca.com.br/artigos/artigo_pityriasis_liquenoide_cronica_1.htm) [ (acesso em 5 de outubro de 2013)
3. FOSS, Norma; S D'OLIVEIRA ROCHA, Luiz; MARIA F ROSELINO ,Ana; A DONADI, Eduardo A Donadi. PITYRIASIS LICHENOIDES - CLINICAL AND IMMUNOGENETIC STUDIES. Associação Do Sistema Hla Com Doenças No Brasil v. 33, n. 1 (2000)
4. FERNANDES, Iolanda C. et al . Pityriasis lichenoides crônica na criança. Nascer e Crescer, Porto, v. 22, n. 3, set. 2013 .
5. HABIF, Thomas P. Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. xvii, 1034 p. : il. ISBN:9788535244083. Tradução de: Clinical dermatology : a color guide to diagnosis and therapy. Inclui índice.
6. PELEGAY, Julio Pérez; MARTÍNEZ, Luis Charro; JORDÁN, M. P. Grasa; MÁRQUEZ DE PRADO, M. P. Grasa. Pityriasis lichenoides. Med Cutan Iber Lat Am 2007; 35(4):167-173.
7. JEFREY, J; HENNING, DO; Pityriasis lichenoides chronic. Dermatology Online Journal, 10(3), 2004. Disponível em: <http://escholarship.org/uc/item/6n761359>

**Palavras-chave:** Pityriasis Lichenoides crônica, Epidemiologia, Pityriasis Lichenoides.

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



**Ponte miocárdica: relato de caso**

*Amanda Pires Machado; João Ozório Rodrigues Neto*

*Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA*

**Introdução:**

Ponte miocárdica é uma patologia cardíaca decorrente do trajeto intramiocárdico de uma artéria coronária que, fisiologicamente, deveria estar localizada no epicárdio. Essa anomalia congênita, após décadas de estudos, foi demonstrada em 1960 através de uma angiografia (ESTEVES et al., 2010). O conhecimento de tal anomalia é de grande importância para a clínica médica, pois a maioria dos casos foram associados com angina, isquemia do miocárdio, arritmias e morte súbita; sendo estes, distúrbios com grande incidência na população atualmente (BARROS, 2013). O tema escolhido para o desenvolvimento do artigo é o relato de caso de um portador de ponte miocárdica, uma patologia cardiológica crônica relativamente comum na população. Essa anomalia pode gerar sintomas desconfortáveis na vida dos pacientes, sendo diagnosticada, atualmente, por meio da cineangiocoronariografia, ou cateterismo cardíaco. A partir disso, será abordada toda a história clínica do portador, para melhor compreensão da coronariopatia (PEREIRA et al., 2010).

**Relato de caso**

Identificação: GCM, 43 anos, sexo masculino, branco, casado, metalúrgico.

Queixa Principal: “Cansaço e dor no peito em fisgadas.”

HDA: Há 8 meses com dores no peito que começou em forma de fisgadas, eram pulsantes durante os episódios que duravam alguns minutos. Relacionada aos esforços, como subir escadas, jogar bola e esteira. A dor cessava conforme a falta de ar passava. Foi levado ao hospital com uma crise de dor forte que não cessava, após ter praticado exercícios durante 30 min. Após algum tempo a dor passou a ter caráter constritivo, localizada exclusivamente na região inframamária esquerda. Nega uso de medicamentos.

HPP: Refere cirurgia de hérnia inguinal aos 15 anos. Pré-hipertenso. Nega DM.

HF: Mãe hipertensa. Tio falecido com câncer.

HS: Nega tabagismo e alcoolismo. Relata dormir pouco e sono inconstante. Vacinação em dia.

Exames Complementares: Exame de sangue revelando hipertrigliceridemia. Eletrocardiograma normal em ritmo sinusal, sem alterações. FC = 64bpm.

Cineangiocoronariografia: Artéria coronária descendente anterior de bom calibre apresentando bom aspecto parietal, com trajeto intra-miocárdico no início do terço distal que proporciona obstrução sistólica significativa. Demais artérias sem alterações com bom calibre.

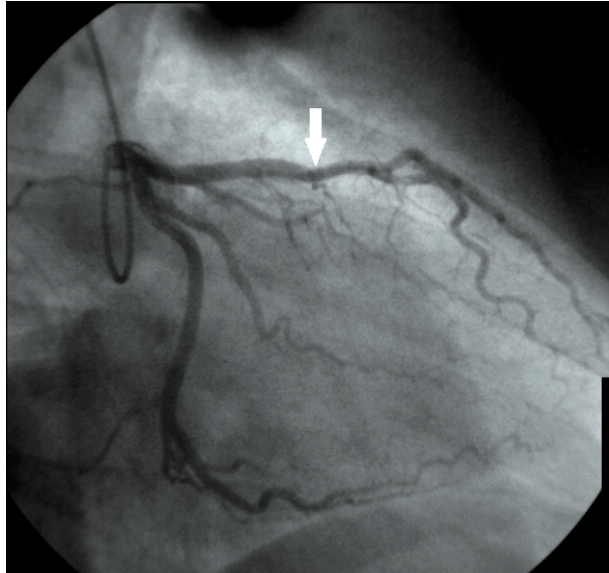
MAPA: Mostrou comportamento anormal da PA caracterizado pelo aumento da pressão arterial sistólica e diastólica no período da vigília/sono.

Conduta terapêutica: Losartana 50mg e AAS quando ocorrer crises de dor precordial.

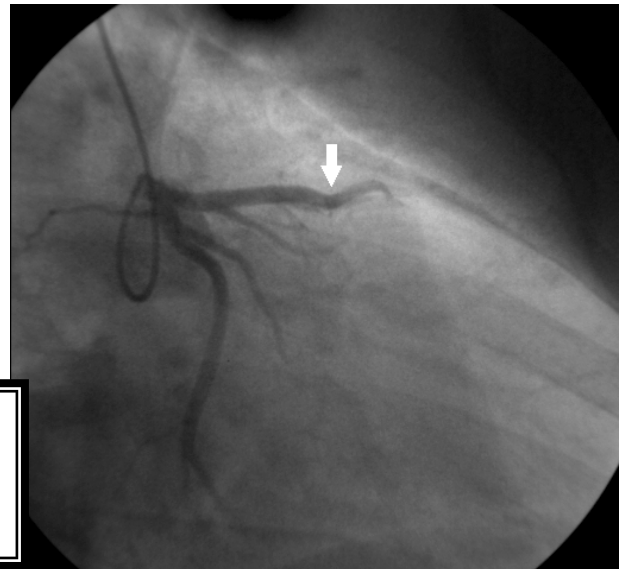
### **Discussão do caso**

A Ponte Miocárdica é formada quando um ou mais feixes do miocárdio atravessam ou abraçam uma fração da artéria coronária epicárdica. Essa patologia é decorrente de uma falha no desenvolvimento simultâneo de ramos das artérias coronárias e do miocárdio, sendo a artéria descendente anterior a mais acometida na maioria dos casos diagnosticados. Geralmente os médicos suspeitam primeiro de Doença Arterial Coronariana (DAC), o principal diagnóstico diferencial de ponte miocárdica, e depois o diagnóstico é confirmado através da cineangiocoronariografia. No caso relatado, a suspeita de DAC de fato ocorreu, principalmente devido ao exame de sangue apresentando hipertrigliceridemia, o que representa um fator de risco para a formação de placas ateroscleróticas. Quando presentes nas coronárias, esses ateromas podem gerar sintomas semelhantes aos apresentados pelo paciente. A cineangiocoronariografia é um exame invasivo, realizado por médicos cardiologistas com atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, podendo ser feito de forma eletiva ou emergencial. Para a realização deste procedimento o paciente é anestesiado e, através da punção de uma artéria periférica, introduz um cateter longo que vai até o coração. Com isso o cateter é posicionado nas artérias coronárias, onde é injetado um contraste que permite a visualização de possíveis obstruções dos vasos sanguíneos coronarianos, sendo possível quantificar e qualificar tal anormalidade. Durante o exame angiográfico, é característico da anomalia uma redução do diâmetro da artéria coronária epicárdica durante a sístole,

que permanece reduzida durante a diástole. Desta forma, o fluxo sanguíneo coronariano pode ficar limitado quando há um aumento na demanda por oxigênio, o que é perceptível na história clínica do paciente, quando este relata ter dores no peito relacionado aos esforços. Neste contexto o diagnóstico está confirmado.



**Figura 1:** Exame angiográfico do paciente relatado demonstrando ponte



**Figura 2:** Exame angiográfico do paciente relatado demonstrando ponte

O fenômeno de constrição sistólica da artéria acometida pode gerar uma sintomatologia com intensidade variando de acordo com a espessura, o número, a localização e o comprimento da ponte miocárdica. A angina de peito típica ou atípica é a principal forma de manifestação, mas também pode ser através de arritmias cardíacas, IAM e morte súbita. O tratamento medicamentoso pode ser feito com o uso de agentes bloqueadores, antagonistas do canal de cálcio, antiagregantes plaquetários e/ou nitratos; porém a melhora clínica não é garantida, e com isso

determinados pacientes têm indicação para intervenção cirúrgica. Os medicamentos utilizados podem promover os seguintes efeitos:

- Agentes bloqueadores de receptores adrenérgicos ou bloqueadores de canal de cálcio: são utilizados como agentes cronotrópicos e inotrópicos negativos, desta forma há um aumento do tempo diastólico e redução da contratilidade e da compressão sistólica do vaso.
- Antiplaquetário: usados na sintomatologia da ponte miocárdica, com efeitos analgésico, anti-inflamatório e anti-trombótico.
- Nitrato: proporcionam alívio da dor anginosa por meio de dilatação das artérias coronárias e, portanto, pelo aumento do fluxo sanguíneo coronariano. Porém, é necessário utilizá-lo com cautela, pois, após o seu efeito, há uma piora no grau de estreitamento sistólico da artéria coronária, podendo agravar os sintomas.

A escolha terapêutica para o paciente estudado foi a Losartana em uso diário, trata-se de um antagonista do receptor da angiotensina com eficácia anti-hipertensiva. Com isso, foi possível controlar a pressão do paciente, para que pudessem ser evitados eventos hipertensivos que gerassem sintomatologia isquêmica. Além disso, foi indicado o AAS quando ocorressem episódios de dor precordial, desta forma, o antiplaquetário ajudaria no alívio dos sintomas de isquemia miocárdica. O tratamento medicamentoso é a conduta mais indicada para os pacientes sintomáticos. Intervenções cirúrgicas são reservadas para os casos que não respondem de forma satisfatória aos medicamentos. As opções cirúrgicas para os casos de ponte miocárdica são: colocação de stent, miotomia ou revascularização do miocárdio com anastomoses da artéria mamária interna na artéria descendente anterior esquerda. A escolha do procedimento cirúrgico é feita pelo médico cardiologista, que deve avaliar o caso e decidir conforme a necessidade do paciente. Atualmente, a angioplastia para a colocação de stent é a técnica hemodinâmica mais utilizada, pois se trata de uma cirurgia de pequeno porte com pouca chance de complicação quando comparada as demais intervenções cirúrgicas.

### **Conclusão**

A Ponte Miocárdica é uma anomalia congênita com um prognóstico geralmente bom, mesmo quando é necessária a intervenção cirúrgica, tem uma prevalência que varia

entre 0,5 a 4,5% na angiografia coronariana (BARROS, 2013). Apesar de ter sido cogitada, após o diagnóstico a colocação de stent não foi indicada pelo cardiologista no caso relatado, pois o paciente teve uma boa resposta clínica ao tratamento medicamentoso. Mesmo sendo uma patologia relativamente comum, a Ponte Miocárdica é pouco diagnosticada, pois apenas uma minoria dos portadores são sintomáticos. Além disso, os sintomas desta patologia não são específicos e, com isso, inúmeros diagnósticos diferenciais podem ser feitos, como doença arterial coronariana, infarto agudo do miocárdio e estenose aórtica. Por isso, além das informações obtidas com o exame físico cardiovascular, é importante que o médico se atente para o quadro clínico do paciente, os fatores de risco que ele apresenta, e que solicite exames complementares necessários. Desta forma, é possível obter um diagnóstico fidedigno e conduzir uma melhor conduta terapêutica.

**Referências bibliográficas:**

BARROS, Marcio Vinicius Lins et al. Avaliação da Ponte Miocárdica pela Angiotomografia das Coronárias. **Revista Brasileira de Ecocardiografia e Imagem Cardiovascular**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p.8-15, 2013.

ESTEVES, Vinicius et al. Infarto Agudo do Miocárdio Associado a Ponte Miocárdica: Relato de Caso. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, São Paulo, v. 18, n. 4, p.468-472, dez. 2010.

CHANSKY, Moris; PEREZ, Adriana Regina; LIMA, Nilo. Infarto agudo do miocárdio em adulto jovem, portador de ponte miocárdica e artérias coronárias normais: Relato de Caso. **Einstein**, São Paulo, v. 2, n. 3, p.212-215, 2004.

PEREIRA, Aline Braz et al. Ponte Miocárdica: Evolução Clínica e Terapêutica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Florianópolis, v. 94, n. 2, p.188-194, 2010.

NIU, Yu-jun et al. Clinical value of the correlations of mural coronary artery compression extent with myocardial bridge length and thickness evaluated by 128-slice CT. **Experimental And Therapeutic Medicine**, China, v. 5, n. , p.848-852, 2013.

LIN, Shin et al. A Novel Stress Echocardiography Pattern for Myocardial Bridge With Invasive Structural and Hemodynamic Correlation. **Journal Of The American Heart Association**, Stanford, abr. 2013. p. 1-11. Disponível em: <<http://jaha.ahajournals.org/content/2/2/e000097>>. Acesso em: 20/05/2013.

IUCHI, Ami et al. Association of variance in anatomical elements of myocardial bridge with coronary atherosclerosis. **Atherosclerosis**, Tokyo, v. 227, n. 1, p.153-158, mar. 2013.

**Prevalência de Portadores de Síndrome Metabólica em amostras de Pacientes  
do UBSF Coqueiros**

*Patricia Marques Leite; Priscilla Hidalgo de Araujo Oliveira; Rafaella Pinto Ferraz;  
Thalita Morgado dos Santos; Thereza Pascal Abdo.*

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

**Introdução:**

A Síndrome Metabólica (SM) surge como um problema sério e preocupante não só para os clínicos, mas também para os responsáveis pela saúde pública a nível mundial. Os indivíduos com SM têm um risco mais elevado de desenvolver diabetes e doenças cardiovasculares. Atualmente a maior parte dos esforços vai ao sentido de precocemente detectar e tratar o SM e conseqüentemente, diminuir o risco de doença cardiovascular, principal causa de morte nos países desenvolvidos. Devido à importância crescente em termos epidêmicos do SM, tornou-se fundamental a direção de estudos relacionados com os fatores de risco e/ou protetores para esta condição. (PEREIRA, et al, 2006). Além disso, é inquestionável a importância do diagnóstico desta síndrome para fins epidemiológicos e preventivos, já que os critérios diagnósticos habitualmente utilizados são facilmente aplicáveis na avaliação clínica dos pacientes. (JUNIOR, et al, 2011) Para isso, as primeiras definições utilizadas, da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1998 e do Grupo Europeu para o Estudo da Resistência à Insulina em 1999, tornavam obrigatória a presença da resistência à insulina ou diabetes (OMS), detectada através de diferentes métodos, somada à presença de pelo menos 2 critérios, incluindo obesidade, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e microalbuminúria. Desta maneira, pode-se perceber que a SM possui uma etiologia multifatorial, sendo desencadeado pela presença de obesidade, sedentarismo, hábitos dietéticos e interação com fatores genéticos. (FEITOSA, 2007).

**Objetivos:**

Este artigo tem como objetivo realizar uma revisão sobre os aspectos epidemiológicos, diagnósticos e os tratamentos da síndrome metabólica e correlacionar essa revisão com os dados colhidos da UBSF Coqueiros para estabelecermos uma prevalência da síndrome nesta região.



**Metodologia:**

Para o estudo foram consultadas as bases de dados PubMed e SCIELO, buscando identificar artigos científicos entre ano de 2004 e 2012 a respeito da Síndrome Metabólica, seus fatores desencadeantes e sua relação com o aumento do risco cardiovascular. Foram identificados e revisados 40 artigos elegíveis com descrição relevante sobre o tema. Com base na literatura, foi realizado um estudo transversal sobre Síndrome Metabólica em pacientes da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do bairro Coqueiros no município de Volta Redonda (RJ). O período utilizado para tal estudo foi de 12 de Maio de 2014 a 24 de Junho de 2014, sendo 67 pacientes avaliados. Os dados utilizados do UBSF (colhidos diariamente nas consultas e através dos prontuários) foram: gênero, idade, peso, altura, circunferência abdominal, exames laboratoriais (colesterol total, HDL- c “*high density lipoprotein cholesterol*”, LDL – c “*low density lipoprotein cholesterol*”, triglicerídeos), glicemia de jejum, pressão arterial, Índice de Massa Corporal e os medicamentos usados para tratamento.

**Resultados:**

No presente estudo pode-se observar que a síndrome metabólica tem alta prevalência na amostra analisada e o sexo feminino tem maior preponderância que o sexo masculino. Além disso, foi constatado que dentre todos os fatores de risco, a hipertensão foi a principal comorbidade encontrada nos pacientes, tanto no sexo feminino como no sexo masculino, já a hiperglicemia foi a de menor predominância no sexo masculino e a dislipidemia no sexo feminino. E por fim foi observado que na faixa etária entre 61-70 anos todos os fatores de risco para os critérios diagnósticos da síndrome foram prevalentes, devido principalmente ao maior número da amostra nessa faixa etária, logo nesta faixa etária a síndrome metabólica prevalece.

**Conclusões:**

Através dos resultados foi possível concluir que é de suma importância a ênfase na prevenção dos fatores de risco para síndrome metabólica, sendo necessário investimento na atenção primária de saúde como grupos de controle de hipertensos e diabéticos, acompanhamento nutricional, incentivo a prática de atividades físicas regulares e na adesão ao tratamento medicamentoso.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Referências:**

1. AFFONSO F.S.; CAILLEAUX, S.; PINTO, L.F.C.; TIBIRIÇÁ, E.; GOMES, M.B. Níveis Glicêmicos Usados Para o Diagnóstico do Diabetes Mellitus Alteram a Função Endotelial? Estudo em Rim Isolado de Coelhos Normais. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**. Volume 47 nº 6 Dezembro, 2003.
2. ALVAREZ M.M.; VIEIRA, A.C.R.; SICHIERI, R.; VEIGA, G.V. Medidas Antropométricas de Localização de Gordura Central com os Componentes da Síndrome Metabólica em uma Amostra Probabilística de Adolescentes de Escolas Públicas. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólico**. 52/4: 649. 2008.
3. ALVES, L.M.M.; RIGOTTI, A.R.; NOGUEIRA, M.S.; CESARINO, C.B.; GODOY, S. Componentes da síndrome metabólica na hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem- USP**. 201
- 4- CIOLAC, E.G.; GUIMARÃES, G.V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Volume 10, Nº 4 – Jul/Ago, 2004.
- 5- CORREIA, L.C.L.; LATADO,A.L.; FILHO, J.A.B. Síndrome ou Pseudossíndrome Metabólica?. **Ponto de Vista**. Salvador-BA. 2011.
- 6- FAGHERAZZI, S.; DIAS, R.L.; BORTOLON, F. Impacto do Exercício Físico Isolado e Combinado com Dieta Sobre os Níveis Séricos de Hdl , Ldl , Colesterol Total e Triglicerídeos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Vol. 14, No 4 – Jul/Ago, 2008.
- 7- FEITOSA, A.C.R.; MANCINI, M.C.; CERCATO; VILLARES, S.M.; HALPERN, A. Relação entre o perfil metabólico e Níveis de Leptina em indivíduos obesos. **Arquivo Brasileiro Endocrinol Metabólico**. 2007; 51/1.
- 8- FETT, C.A.; FEET, W.C.R.; MARCHINI, J.S.; RIBEIRO, R.P.P. Estilo de vida e fatores de risco associados ao aumento da gordura corporal de mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**.15(1):131-140, 2010.
- 9- JUNIOR, O.K.; SALLES,J.E.N. O Paciente Metabólico: Abordagem clínica para a proteção cardiovascular, renal e retiniana. 1ª edição. São Paulo: Ommnifarma,2011.
- 10- MATOS, L.N.; GIORELLI, G.V.; SAADO, A.; DIAS, C.B. Prevalence of prediabetes in patients with metabolic risk. **Sao Paulo Medical Journal**.129(5):300-8, 2011.
- 11- MEIGS JB, WILSON PW, NATHAN DM, D'AGOSTINO RB Sr, WILLIAMS K, Haffner SM. Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome in the San Antonio Heart and Framingham Offspring Studies. **Diabetes**, 2003).

**Palavras-chave:** síndrome metabólica, hipertensão e diabetes.



**Púrpura trombocitopênica idiopática: um relato de caso**

*Bruno Marini<sup>1</sup>; Pedro do Carmo Ferraz<sup>1</sup>; Bruno Henrique Rala de Paula<sup>2</sup>; Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá*

*<sup>2</sup>Médico Residente em Clínica Médica – Hospital Municipal Munir Rafful*

*<sup>3</sup>Médica Residente em Clínica Médica – Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

**Introdução:**

A púrpura trombocitopênica idiopática, é uma doença adquirida e geralmente benigna, caracterizada por trombocitopenia. O mecanismo exato da disfunção imune ainda não é bem estabelecido, porém reconhecem-se auto anticorpos, principalmente da classe IgG direcionados a membrana das plaquetas para os sítios da glicoproteína IIb/IIIa. Essas plaquetas, uma vez que apresentam anticorpos aderidos a sua membrana, são destruídas por macrófagos do sistema reticulo endotelial, principalmente no baço. A PTI é uma das causas mais comuns de plaquetopenia em crianças, com incidência anual em torno de 3-8 casos por 100.000, com leve predomínio no sexo masculino. Em adultos, dados de estudos internacionais, fornecem estimativas de incidência de 1,6-2,7 casos por 100.000 pessoas/anos, com predominância no sexo feminino. Não há dados oficiais a respeito da incidência e prevalência na população brasileira. Pode ser classificada de acordo com a faixa etária acometida, infantil ou adulta, e quanto ao tempo de evolução, aguda (< 6 meses) e crônica (> 6 meses). Em crianças e adolescentes a apresentação clínica é típica, sangramentos (petéquias, epistaxe, púrpuras, gengivorragia, equimoses) em pacientes previamente hígidos. Com >70% dos casos sendo agudo e autolimitado. Frequentemente precedida por infecção viral até 4 semanas antes. Em adultos, as remissões espontâneas são infreqüentes, ocorrendo em menos de 10% dos casos. Sangramento intracraniano é potencialmente fatal, porém raro, menos de 0,1% dos casos. O diagnóstico de PTI é de exclusão, baseado na história clínica, no exame físico, além de hemograma completo (trombocitopenia <100.000 plaquetas mm<sup>3</sup>), esfregaço sanguíneo e exclusão de outras causas de trombocitopenia, como PTI secundária, induzida por fármacos, infecções virais (HIV, HCV, etc), na LLC e outras causas auto-imunes como a plaquetopenia encontrada no LES . Mielograma não é necessário para o

diagnóstico, a não ser em casos de manifestações incomuns ou idade maior que 60 anos. A transfusão de plaquetas não é feita rotineiramente, por ser auto-imune, as plaquetas transfundidas também serão destruídas. As indicações para transfusão são: plaquetas  $< 30.000\text{mm}^3$  + sangramento mucoso ou plaquetas menor que  $20.000\text{mm}^3$ . O tratamento de eleição é feito com corticosteróides (ex. prednisona  $1\text{mg/kg/dia}$ ) com tempo de resposta entre 1-4 semanas. Em casos refratários, existem como alternativas a imunoglobulina IV, anticorpo anti-D, imunossuppressores e em último caso, a esplenectomia.

**Objetivo:**

Relatar a experiência no diagnóstico e tratamento de uma PTI, revisando artigos da bibliografia brasileira com foco no diagnóstico diferencial de tal patologia.

**Relato de caso:**

M.F.O., 43 anos, feminino, moradora de Barra Mansa, Rio de Janeiro. Deu entrada no Pronto Socorro de um Hospital Terciário, queixando-se de hemorragia gengival. Negava patologias prévias e outros focos de sangramento. Ao exame foram observadas petequias em toda extensão de membros inferiores. Solicitado exame laboratorial que elucidou Hematimetria e leucograma normais, porém com plaquetopenia importante ( $12.000$  plaquetas/ $\text{mm}^3$ ). Após tal resultado, a paciente questionou sobre o diagnóstico de dengue, já que em atendimento anterior, tal patologia foi sugerida e realizada transfusão de plaquetas. Iniciado tratamento com Prednisona  $1\text{mg/kg/dia}$ , suporte clínico e hemodinâmico. Foram pesquisadas causas para a púrpura e a paciente acompanhada pela hematologia, sem necessidade transfusional, e teve alta 21 dias após admissão hospitalar.

**Conclusão:** A PTI tem fácil diagnóstico e tratamento. É necessário pensar em diagnósticos diferenciais de sangramento, e não se basear apenas em doenças mais prevalentes ou endêmicas, como a Dengue, pois o tratamento equivocado pode piorar a condição clínica do paciente.

**Referências Bibliográficas:**

1- Kurtzberg J, Stockman JÁ, 3rd. Idiopathic autoimmune thrombocytopenic púrpura. Adv 994;41 : 111-34

2- Abrahamson PE, Hall SA, Feudjo-tepie M, Mitrani-Gold FS, Logie J. The incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura among adults: a population-based study and literature review. Eur J Haematol. 2009;83(2):83-9

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

3- Cooper N, Bussel J. The pathogenesis of immune thrombocytopenic purpura. Br J Haematol. 2006; 133 (4): 364-74

4- HARRISON medicina interna. 17 ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2008. 2v., il. ISBN v.1 9788577260508

**Palavras-chave:** Púrpura trombocitopênica idiopática, trombocitopenia, plaquetopenia, gengivorragia.

**Qualidade de vida e saúde no Bairro Coqueiros**

*Ana Beatriz Bastos Silva Alves de Sá Chaves; Bárbara Gonçalves Teles; Gabriel José Ribeiro; Karla Nachard Maciel; Leoni Ferreira da Silva; Raphaela da Cunha Gomes Pereira; Romulo Ribeiro Garcia; Heloísa São Thiago*

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

**Introdução**

A mensuração da saúde, de forma isolada, é incompleta como indicador da qualidade de vida e da assistência à saúde. Por isso, a epidemiologia mede a saúde indiretamente, pela ocorrência de doenças e óbitos. A maioria dos indicadores de nível da saúde baseia-se em dados de mortalidade (Sistema de Informações sobre Mortalidade). O coeficiente de mortalidade geral é influenciado pela estrutura da população, o que limita seu uso. A comparação entre populações depende da padronização dessa taxa. O Índice de Sweroop-Uemura (ISU) inclui condições demográficas e mede a porcentagem de pessoas que morrem com 50 anos ou mais, em relação ao total de óbitos. A análise do resultado obtido a partir do cálculo do ISU é feita de acordo com a classificação: Primeiro nível (>75%); Segundo nível (50-74%); Terceiro nível (25-49%); Quarto nível (<25%). A Curva de Mortalidade Proporcional (Nelson Moraes) também tem correlação com as condições de vida da população e mostra a mortalidade proporcional para as idades, apresentando vantagens: é fácil de calcular, inclui o ISU, que permite comparações, e é representado graficamente. A Curva de Nelson Moraes pode assumir formas que correspondem às condições de vida e saúde da população estudada.

**Objetivo**

O objetivo deste trabalho é fazer uma análise da qualidade de vida e saúde do bairro Coqueiros, localizado no município de Volta Redonda - RJ, tendo por base as taxas de mortalidade no ano de 2013, analisadas por idade e causa, aplicadas nos principais Indicadores de Saúde e compará-la com a cidade.

**Métodos**

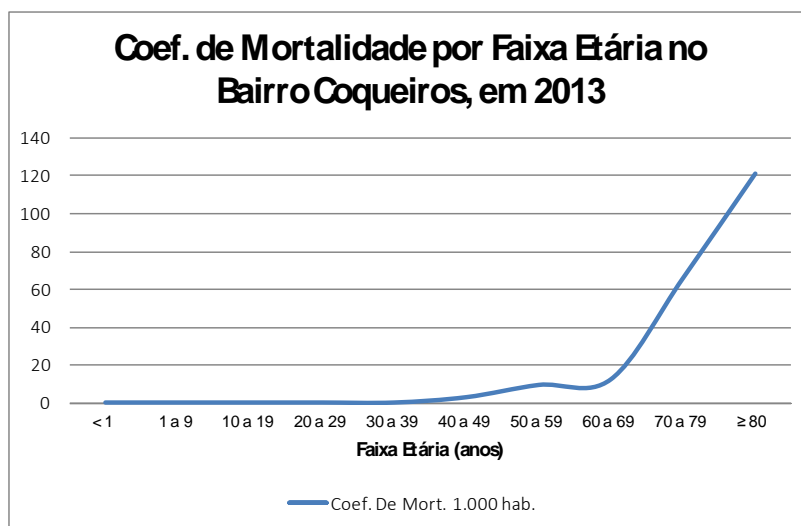
As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuários, dados do arquivo da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda referente a Unidade Básica de Saúde do bairro Coqueiros, e revisão da literatura a partir de artigos científicos das

bases de dados Scielo e PubMed com parâmetros de pesquisa ajustados para o intervalo 2000-2014. As taxas encontradas foram aplicadas nos Indicadores de Saúde de Mortalidade (ISU; Curva de Nelson Moraes e Mortalidade Proporcional por causa de óbito), e analisadas em relação a qualidade de vida e saúde do bairro e do município.

## Resultados

Os resultados são referentes aos dados de mortalidade em 2013 no Bairro Coqueiros e do Município de Volta Redonda. Os coeficientes de mortalidade por cada faixa etária mostram que não houve óbitos no Coqueiros na população abaixo de 39 anos, o que representa uma boa assistência à saúde prestada pela equipe multidisciplinar do PSF do bairro Coqueiros.

A Figura 1 mostra a mortalidade por faixa etária.



**Figura 1**

A curva encontrada pode ser comparada com a Curva Tipo IV de Nelson Moraes, mostrando um nível de saúde elevado no Coqueiros, com a mortalidade crescente a partir de 40 anos, o que está de acordo com a curva de Volta Redonda. O (ISU) do bairro foi 94%, encaixando-se no primeiro nível ( $\geq 75\%$ ). Este fato representa uma excelente qualidade de vida, o que se assemelha ao encontrado em Volta Redonda (84%). É importante analisar as causas de morte em uma população, para avaliar as deficiências e propor melhorias. A maior causa de morte foi por neoplasias, representando 29% do total de óbitos, seguida por doenças do sistema nervoso, que representou 24%. As doenças infecciosas e parasitárias não tiveram nenhuma

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

representatividade, o que pode ser justificado pela boa assistência à saúde, que conta com eficiente cobertura vacinal, palestras educativas em escolas e no PSF Coqueiros, além de bom saneamento básico.

### **Conclusões**

A partir da observação in loco é possível concluir que os dados encontrados nos gráficos condizem com a realidade da comunidade, visto que os indicadores demonstram uma boa qualidade de vida no bairro, com altos índices de escolaridade e acesso a abastecimento de água, rede de esgoto, coleta pública de lixo e predominância de casas de alvenaria. O Programa de Saúde da Família (PSF) do bairro Coqueiros mostrou-se eficaz, com dados indicando uma satisfatória assistência à saúde e boa cobertura do programa.

### **Referências Bibliográficas**

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005)>. Acesso em: 19 fev. 2014.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENT, R.; NUBILA, H. B. V. O óbito e sua investigação: Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2010000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2010000400002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 fev. 2014.

BRASIL. **Indicadores e Dados Básicos**, 2012. DataSUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em 18 fev. 2014.

**Palavras-chave:** Assistência à saúde; Programa de Saúde da Família; Qualidade de vida.

[anabia\\_chaves@hotmail.com](mailto:anabia_chaves@hotmail.com)

**Quedas de pessoas idosas em instituições de longa permanência**

*Marcilene Maria de Almeida Fonseca; André da Silva Carvalho; Heric Araújo Suckow  
de Barros; Lucas Motta Oliveira Silva*

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

**Introdução**

Embora a legislação brasileira estabeleça que o cuidado dos membros dependentes deva ser responsabilidade das famílias, isso vem se tornando cada vez mais difícil (CAMARANO, KANSO, 2010). Diante desse contexto, uma das alternativas viáveis para o acolhimento do idoso passa a ser a instituição de longa permanência para idosos (ILPI) (CAMARANO; KANSO, 2010). Dentro desse cenário de institucionalizações, as quedas surgem como um fator preocupante. Em um estudo realizado por Fabrício e colaboradores (2004), foi constatado que a prevalência de quedas em idosos institucionalizados girava em torno de três vezes mais se comparada aos que residiam em seus lares.

**Objetivos**

O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão de literatura em busca de dados epidemiológicos a respeito das quedas de idosos nas instituições de longa permanência dos municípios brasileiros. Dessa forma, pretende-se identificar qual o perfil da pessoa idosa que sofre quedas dentro dessas instituições e quais são as suas principais causas, para que dessa forma seja possível embasar uma futura pesquisa a respeito da ocorrência de quedas dos idosos residentes nas instituições de longa permanência do município de Volta Redonda.

**Métodos**

Foi feita uma revisão de literatura em livros e banco de dados virtuais como BVS, Google Acadêmico e SciELO, além de dados obtidos por meio do portal do ministério da saúde e da plataforma virtual da Organização Mundial da Saúde (OMS) e livros disponíveis na biblioteca da UniFoa. Os termos utilizados para a pesquisa foram: “idoso”; “quedas” e “instituição de longa permanência”.

### **Discussão**

Poucos são os estudos na literatura que descrevem a prevalência de quedas em instituições de longa permanência. No total, foram encontrados somente sete estudos. Entre esses estudos encontrados para consulta, quatro artigos se tratam de instituições localizadas na Região Sul do país (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010; DUCA; ANTES; HALLAL, 2013; CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011; GONÇALVES et al., 2008) fato que mostra ser um tema que ainda carece de mais estudos, principalmente em outras regiões do Brasil. Dentre os outros artigos, dois são do estado de São Paulo (FERREIRA; YOSHITOME, 2010; LOJUDICE, 2005) e um foi realizado no Centro Oeste (BARBOSA; OLIVEIRA, 2010). As prevalências de quedas foram bem próximas, sendo a menor de 32,5% (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010) e a maior de 40% (LOJUDICE; 2005). Os valores mais encontrados foram entre 38 e 39% (DUCA; ANTES; HALLAL, 2013, GONÇALVES et al., 2008, BARBOSA; OLIVEIRA, 2010). Por fim, os outros valores encontrados foram de 37,2% (FERREIRA; YOSHITOME, 2010) e 33,5% (CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011). Menezes e Bachion descreveram em 2008 que as chances de queda aumentavam nas instituições de longa permanência devido ao fato de que geralmente os idosos residentes na comunidade são mais ativos e saudáveis. Já Neto et al. (2005) descreveram que o maior percentual de quedas entre indivíduos institucionalizados pode ocorrer devido ao sofrimento com a ausência de familiares, ausência de atividades físicas e maior carga de doenças e incapacidades.

### **Conclusões:**

Embora poucos tenham sido os estudos realizados sobre o tema: “prevalência de quedas em instituições de longa permanência”, foi possível concluir que eles são de extrema relevância, visto que a análise dos estudos já existentes serviu para mostrar que as quedas são um importante problema de saúde pública, no que se refere à população idosa, com elevado custo social e econômico. A falta de estudos sobre a população residente nessas instituições impossibilitou a obtenção de dados precisos, dificultando uma revisão de literatura mais aprofundada a respeito do tema. Dessa forma, é possível notar a necessidade de mais estudos acerca do tema, visto que com o aumento do número de idosos no país, as institucionalizações vêm se tornando cada vez mais frequentes.



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Referências:**

ALVARES, Liege Mata; LIMA, Rosângela da Costa; SILVA, Ricardo Azevedo da. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v.26, n. 1, Jan. 2010.

BARBOSA, AM; OLIVEIRA, CL. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano (RBCEH)**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 57-70, jan/abr, 2012.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 27, n. 1, Jun 2010.

CARVALHO, Maitê Peres de; LUCKOW, Eliara Lüdtker Tuchtenhagen; SIQUEIRA, Fernando Vinholes. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, Jun 2011.

DUCA, GF; ANTES, DL; HALLAL ,PC. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 16, n. 1, p. 68-76, 2013.

FABRICIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina A Partezani; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 38, n. 1, Feb. 2004.

FERREIRA, Denise Cristina de Oliveira; YOSHITOME, Aparecida Yoshie. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 6, Dez. 2010 .

GONCALVES, Lílian Gatto et al . Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 5, Out. 2008.

LOJUDICE DC. **Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

MENEZES, Ruth Losada de; BACHION, Maria Márcia. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, Ago. 2008.

ROSA NETO, F.; MATSUDO, S.M.M.; LIPOSCKI, D.B.; VIEIRA, G.F. Estudo dos parâmetros motores de idosos residentes em instituições asilares da grande Florianópolis. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 7-15, 2005.

**Palavras-chave:** Idoso, Quedas, Instituições de Longa Permanência.

**Racionalidade médica na morte e na finitude: preparando o acadêmico de  
Medicina do UniFOA**

*Sônia Cardoso Moreira Garcia; Lilian Regina Telles Faro.*

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

**Introdução**

Somos concebidos. E a partir desse momento, estamos vulneráveis e podemos deixar de vivos estarmos. Encontramo-nos meio a inquietações a respeito da realidade acerca do que venha a significar as vias de ocultamente adotadas por alguns profissionais da classe médica diante da morte. Vias estas impetradas pelo método da Medicina Moderna, o anátomo-clínico. O médico, na morte, ainda hoje, vem deparando-se com o fato de que seus conhecimentos o orientam a salvar todas as vidas e não, salvar vidas. Assim, constata a limitação de suas ações e este movimento, resvalando no antigo paradigma de associação da figura do médico ligada ao divino, causando-lhe compreensível dor, angústia e sofrimento. Há sim, o poder do homem-médico que lhe é conferido pelo conhecimento técnico adquirido nos bancos da faculdade, contudo circunscrito em situações diversas. Junto a isto, enfocamos o lugar que a morte ocupa na Medicina Moderna. O que sabemos é que o médico tem a ver com tudo isso que transcende ao biológico e para tanto, seguimos delineando uma Medicina mais humanizada, trazendo a racionalidade médica, a morte e a finitude para local de reflexão acadêmica, preparando o discente de medicina para sua missão maior; o cuidar do ser humano. Nesta perspectiva, enfocou-se o lugar que a morte ocupa na Medicina, tornando o tema fator preponderante. Possibilitar um olhar de finitude ao ser humano, despindo a onipotência médica que sua formação lhe inculca. Trazendo um olhar que busca não submeter o saber médico à morte, mas sim um olhar acrescido do interesse em se escutar o som e o caminhar do morrer sem que para isso seja estabelecido um duelo. Nesta construção caminhamos acompanhados por Phillippe Aires, pelas fases estruturadas por Klobner Ross a respeito da morte/morrer e outros renomados teóricos.

### **Objetivos**

O objetivo deste trabalho é ocasionar uma reflexão frente à racionalidade médica, morte e finitude tornando este profissional mais sensível às mazelas das doenças que acometem a humanidade e ao desfecho de muitas delas, a morte.

### **Métodos**

A pesquisa foi balizada qualitativamente a partir das análises de conteúdos em Bardin (2009), onde se percebe um concreto e operacional método de investigação. Tais conteúdos manifestados pelos discentes em sala de aula, seguindo as orientações do método descritivo, com revisão bibliográfica sobre o tema, tendo como base os teores programáticos dentro do Projeto Político Pedagógico do UniFOA no Curso de Medicina. Levando em consideração que o curso é de estrutura modular onde o eixo de Bases Humanísticas apresenta uma transversalidade em toda a sua graduação isso porque, o tema em questão, segue as orientações das DCNS (Diretrizes Curriculares Nacionais/Medicina).

### **Resultados**

A partir dos discursos apresentados em sala de aula, nos trabalhos e nas avaliações, tem se percebido transformações dos conteúdos manifestados pelos acadêmicos a respeito da morte e da finitude, o que nos mostra a substituição da racionalidade médica como mecanismo de defesa pelo caminhar das emoções pelos referidos temas com mais naturalidade e aceitação. Tal movimento nos faz crer que ao (re)significarem suas representações a cerca da morte e do morrer, os acadêmicos possam passar a vivê-la de forma também transformada e menos temida.

### **Conclusões**

Pensamos que diante da estratégia de aproximação dos discentes de medicina junto ao tema morte e finitude, aproximação esta proporcionada pela utilização de conteúdos específicos ao eixo de bases humanísticas foi viabilizada a expressão dos sentimentos que anteriormente eram mascarados e oprimidos pela racionalidade da profissão, que traz como herança tal postura da medicina antiga, defendendo o paradigma de que o profissional médico precisaria ser frio e imparcial frente ao fenômeno da morte/ morrer e isso, como condição que ateste sua

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

eficiência enquanto profissional. Livrá-lo das amarras da racionalidade médica e possibilitar-lhe ressignificar os sentidos frente à morte.

**Referências Bibliográficas:**

- ARIES, P (1977) – Homem diante da morte. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- ARIES, P. (1977) – História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BECKER, E. (1976) - A negação da morte. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- CESAR, B. (2001) - Morrer não se improvisa. São Paulo, Gaia.
- EWANS WENTZ, W.Y. (Org.) (1960) - Bardo Thodol. O livro tibetano dos mortos. São Paulo.
- FEIFEL, H. (1977) - Death and dying in modern America. Death Education 1: 5-14.
- FEIFEL, H. (1977) - Death and dying in modern America. Death Education 1: 5-14.
- FULTON, R. & OWEN, G. (1987/1988) - Death and society in the twentieth century in America. Omega, Journal of Death and Dying, 18 (4): 379-395.
- GIDDENS, A. (1990) - The consequences of modernity. Cambridge, Polty Press.
- KOVÁCS, M. J. (1992) - Morte e desenvolvimento humano. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- KUBLER-ROSS (1969) - Sobre a morte e morrer. São Paulo, Martins Fontes.
- KÜBLER-ROSS, E. (1975) - Morte: Estágio final da evolução. Rio de Janeiro, Record.
- PARKES, C.M.; LAUNGANI, P. & YOUNG BILL (Eds.) (1997) - Death and bereavement across the cultures. London, Routledge.
- RINPOCHE S. (1999) - O livro tibetano do viver e morrer. São Paulo, Editora Talento e Palas Athena.

**Palavras-chave:** Morte. Ensino. Medicina.

[sonia.garcia@foa.org.br](mailto:sonia.garcia@foa.org.br)

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

**Realidade encontrada pelos profissionais de saúde na realização do Pré-natal  
de baixo risco em UBSF da cidade de Volta Redonda – RJ**

*Bianca de Campos Gimenes; Gabriela Lima de Carvalho; Juliana Oliveira da  
Silveira; Mariana Paula Silva; Maristela Boccara de Paula; Walkiria Marins.*

*Unifoa – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

**Introdução:**

A atenção básica no Brasil ganhou amplitude com a implantação da Estratégia Saúde da Família. Em face do modelo biomédico centrado em especialistas utilizado no último século, traz-se a tona o resgate do médico generalista. Nesta desconstrução de fronteiras, o generalista assiste à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso; tanto homens quanto mulheres. Desta maneira, não se separa a gestação de outras etapas do desenvolvimento humano, unindo conhecimentos gerais no que tange à família. Dito desta forma pode-se pensar o pré-natal de baixo risco como algo pertinente ao médico e aos demais profissionais envolvidos na ESF, fazendo parte de suas atribuições. Médicos generalistas e enfermeiros habilitados a realizar o pré-natal de baixo risco em sete Unidades Básicas de Saúde da Família da cidade de Volta Redonda- RJ apontaram facilidades e dificuldades encontradas na realização do pré-natal.

**Objetivo:**

O objetivo do presente trabalho é debater sobre a realidade encontrada em Volta Redonda pelos profissionais de saúde na realização do pré-natal de baixo risco, apontando estratégias para melhorias no atendimento e no acompanhamento destas gestantes.

**Metodologia:**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com modelo de questionário, cuja amostra compreende os funcionários das UBSF que participaram do Curso de Capacitação em Pré-natal fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda – Rio de Janeiro. A pesquisa abrangeu o período de 11 de julho de 2014 a 23 de agosto de 2014. Doze profissionais de saúde responderam ao questionário, sendo oito enfermeiros e quatro médicos generalistas, sendo seu preenchimento de caráter voluntário. Através do questionário é possível identificar os pontos positivos e

negativos que os funcionários vivenciam na Unidade Básica de Saúde da Família onde trabalham. O presente trabalho contou ainda com um estudo bibliográfico e de revisões sistemáticas na literatura.

**Resultados:**

As principais facilidades identificadas foram o trabalho em equipe (58%), o espaço físico (41%), o agendamento (33%), os grupos de orientações (26%), o acompanhante (17%), o acolhimento (17%), os recursos humanos (8%), a adesão (8%) e a primeira consulta antes da 12ª semana de gestação (8%), e que as principais dificuldades identificadas foram a adesão das gestantes (50%), a demora em marcar USG TVG e obtétrica (42%), a estrutura física (42%), a demora na entrega de exames laboratoriais (17%), a grande demanda de gestantes para poucos profissionais habilitados (17%), a falta de medicamentos (8%), a falta de interesse e qualificação da equipe para manter grupos de orientações (8%) e o local (8%).

**Discussão:**

As respostas do questionário demonstram que diferentes profissionais conseguem atuar em várias estâncias do cuidado da gestante sem ultrapassar limites de outros funcionários, demonstrando a facilidade em se trabalhar em equipe. O trabalho em equipe facilita o agendamento dessas gestantes. A disponibilidade de espaço físico possibilita reuniões de grupos de orientações em saúde, um atendimento de qualidade e um lugar mais acolhedor para toda a família, facilitando a vinda de um acompanhante. Apesar de existirem projetos para aumentar a adesão das gestantes ao pré-natal, este quesito ainda é a maior dificuldade encontrada pelos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família. Vários são os motivos para essa falta de adesão, como a falta de conscientização da gestante na importância do pré-natal. Isso demonstra a necessidade de maiores orientações feitas em grupos de saúde ou no momento do acolhimento inicial. Apesar da existência de ultrassonografias realizadas pelo SUS de Volta Redonda- RJ, a demanda ainda é maior do que a capacidade de marcação, realização e entrega dos exames, havendo necessidade de investimento em equipamentos e profissionais habilitados. Ao analisar os resultados é possível observar uma dualidade de opiniões relacionadas a estrutura física encontrada em diferentes unidades da mesma cidade, pois muitas unidades foram recentemente reformadas e ampliadas, porém muitas

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

permanecem com uma estrutura precária e com poucos recursos. Propõe-se, desta forma, aprimorar o trabalho interdisciplinar, buscar estratégias de incentivo à adesão das gestantes ao grupo, treinar os agentes comunitários de saúde para acompanhar melhor estas gestantes, realizar nas unidades cursos rápidos para gestantes, realizar atividades artesanais e lúdicas como ferramenta para criar espaços educativos em saúde e reservar no município maiores quantidades de vagas para ultrassonografias para as gestantes.

**Conclusão:**

Por fim, vê-se que o profissional de saúde vivencia um momento onde deve estar capacitado a realizar o pré-natal de baixo risco na atenção básica, porém o mesmo vem encontrando dificuldades nesta realização, necessitando de maiores investimentos, cursos de capacitação e atenção do governo.

**Referências Bibliográficas:**

Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde – BVS. **Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 14 ago 2014.

Palavras-Chave: Pré-natal, Atenção Básica, Acolhimento.

[E-mail: biancacamposg@hotmail.com](mailto:biancacamposg@hotmail.com)



**Relato de Caso: Síndrome de Potter**  
**Congresso de Medicina Unifoa 2014**

*Ana Carolina Patto de Almeida; Juliane Mello Namorato; Letícia Yuki Watanabe Lima  
Duarte; Marcela da Costa Marques*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda*

**Introdução:**

A síndrome de Potter tem como principal característica um quadro de insuficiência renal, normalmente devido à agenesia renal. Além disso, também é observada a existência de redução na quantidade de líquido amniótico (oligohidramnia severa) e presença de alterações fenotípicas bem características conhecidas como fenótipo de Potter.

Com a ausência de líquido amniótico, a proteção fetal é falha e o mesmo fica em íntimo contato com as paredes uterinas. A pressão exercida por essas paredes provoca uma aparência de fácies típicas, a fácies de Potter, representada por: olhos amplamente separados, com pregas epicânticas, nariz curto, implantação baixa das orelhas e queixo retraído.

Devido à oligodramnia também, os pulmões não se desenvolvem corretamente (pulmões hipoplásicos) podendo não ser funcional ao nascimento.

**Objetivos:**

O trabalho tem por objetivo a melhor elucidação de tal síndrome, que, apesar de rara, continua sendo frequentemente não diagnosticada nos casos de mortes fetais.

**Discussão:**

A síndrome de Potter é incompatível com a vida extra uterina.

É uma desordem genética rara e fatal que ocorre de forma esporádica e autossômica recessiva, e ocorre 2 vezes mais no sexo masculino do que no feminino, sendo mais comum em recém-nascidos com história familiar de malformações renais.

A principal característica é a mal formação renal, mais comumente a agenesia renal, mas também podemos observar hipoplasia pulmonar, fácies típicas e malformações de membros. A maioria das alterações ocorre devido a oligodramnia, decorrente da agenesia renal bilateral.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

O diagnóstico é primeiramente sugerido pela ausência de líquido amniótico e ausência de bexiga. Já o diagnóstico pós-natal pode ser confirmado por USG, raio-x de tórax, urografia, entre outros.

Ainda não há um tratamento para tal condição.

**Conclusão:**

Apesar de ser rara, é essencial que o médico, na vigência de uma suspeita dessa síndrome, saiba pedir os exames necessários para se fazer o diagnóstico o quanto antes, e assim informar os pais sobre tal situação.

É importante lembrar que casais que tiveram uma gestação afetada, tem que contar com USG de rastreio nas gestações seguintes entre a 16<sup>a</sup> e 18<sup>a</sup> semana de gestação.

**Bibliografia:**

Jason Clarke, University of Michigan. Potter's Syndrome. Disponível em: <http://www.crosbyvolmer.com/wp-content/uploads/Potter-Synopsis.pdf> Acesso em: 20 de agosto de 2014

Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas”. Síndrome de Potter. Disponível em: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_3\\_05/san08305.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_3_05/san08305.pdf) Acesso em 20 de agosto de 2014

Fatemeh Khatami MD, Arch Iranian Med. Potter's Syndrome: A study of 15 patients. Disponível em: <http://razi.ams.ac.ir/AIM/0473/006.pdf> Acesso em : 20 de agosto de 2014

**Palavras-chave:** Síndrome de Potter; agenesia renal bilateral; fácies de Potter

Email: [carolpatto@hotmail.com](mailto:carolpatto@hotmail.com)

**Relato de Caso: Endocardite Infecciosa**

*Terezinha Eliza Ferreira Costa Panizzi*

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

**Introdução**

A endocardite infecciosa é uma doença rara, com cerca de 3,1-3,7 episódios por 100 mil habitantes por ano, que é de alta incidência de idosos. Os organismos mais frequentemente causam a infecção são diferentes espécies de estafilococos e estreptococos.<sup>1</sup>

Nas últimas décadas mudou o espectro de doença cardíaca predisponente à endocardite e doença cardíaca degenerativa é a doença valvular cardíaca mais comum e aumentou dramaticamente o número de pacientes com endocardite valvular sem previamente conhecida. Além disso, até um terço dos pacientes com endocardite infecciosa adquirir a infecção como resultado de estreito contato com o sistema de saúde, e estes pacientes são mais frágeis, o que permite uma maior mortalidade hospitalar. Como resultado dessas mudanças epidemiológicas importantes, profilaxia antibiótica pode prevenir alguns casos de endocardite infecciosa.<sup>1</sup>

Apesar do progresso indubitável no tratamento médico e cirúrgico, a mortalidade hospitalar de pacientes com endocardite infecciosa é alta. Ainda assim, há espaço para melhorias na prevenção de bacteremia nosocomial, detecção precoce da infecção em pacientes com risco conhecido, a rápida identificação de pacientes com maior risco de complicações e a formação de equipes multidisciplinares na gestão desta doença.<sup>1</sup>

**Objetivo**

O objetivo do presente trabalho é apresentar um relato de caso sobre endocardite infecciosa, incluindo uma discussão sobre a patologia, sua abordagem, tratamento e prevenção de complicações.

### **Metodologia/pesquisa bibliográfica**

Foi realizada pesquisa, de revisão bibliográfica, em que foram retiradas informações de livros e periódicos. A busca foi realizada em livros e nos portais *SciELO*, *PubMed* e nos sites de revistas pertinentes ao assunto utilizando como palavras-chave: endocardite; infecciosa; valva mitral; doença valvar.

### **Relato de caso**

J.F.C., masculino, 65 anos, casado, carpinteiro, residente e natural de Barra Mansa, foi admitido no pronto-socorro do HSJB-VR no dia 30/07/14 com história de queda do estado geral e adinamia progressiva. Relata febre com temperatura de 39C. História patológica pregressa de cardiomiopatia hipertrófica e Infarto agudo do miocárdio com realização de cateterismo. Paciente hipertenso em tratamento irregular com losartana 50mg 12/12h. Nega alergias a medicamentos. Nega cirurgias anteriores. Não tem história familiar de doenças cardíacas.

Ao exame físico, no aparelho cardiovascular apresenta sopro ++/4+ pancardíaco, mais audível no foco mitral.

Hipótese diagnóstica: endocardite infecciosa.

Conduta 1: internação hospitalar, solicitado Hemograma e ecodopplercardiograma.

Ao ecodopplercardiograma tratorácico apresentou provável vegetação em folheto mitral posterior, aumento de átrio esquerdo e coração hipodinamico. Posteriormente essa vegetação foi confirmada pelo Eco transesofágico.

Leucometria de 23.700 e 9% de bastões.

Conduta 2: Antibioticoterapia com penicilina G cristalina 5.000 UI em SF 4/4h + gentamicina 240mg em SF 1x/dia + hemocultura.

### **Discussão**

*Conceito de endocardite infecciosa (EI):* infecção geralmente bacteriana, que afeta principalmente as valvas cardíacas e em alguns casos afeta o septo entre as câmaras cardíacas.

Alguns pacientes não apresentam Fator de risco, mas outros apresentam condições cardíacas causadoras de um fluxo turbilhonar na superfície endocárdica ou através de uma valva que predispõe os pacientes à EI.

A cardite reumática com disfunção valvar e o prolapso de valva mitral são os fatores de risco mais comuns. A doença degenerativa valvar (principalmente por calcificação senil), os defeitos congênitos (transposição de grandes vasos e Tetralogia de Fallot),

prótese valvar, endocardite prévia, drogas intravenosas (IV), uso de cateter sobretudo paciente em hemodiálise são outros fatores de risco que merecem ser lembrados.

Segundo o Cecil (Tratado de Clínica Médica), pacientes com miocardiopatia hipertrófica tem maior risco de EI, principalmente os que tem obstrução ao débito cardíaco.

A valva mitral é classicamente a mais afetada seguida pela aórtica.

*Microbiologia:* 90% dos casos são causados por estafilococos (o *S. aureus* é mais relacionado ao uso de drogas IV), estreptococos (principalmente o viridans, especialmente na valva nativa) ou enterococos (mais comum de todos, principalmente em pacientes hospitalizados). Esses agentes dominam o espectro microbiológico da EI porque expressam receptores específicos para a ligação e aderência a superfície valvares lesadas e porque são colonizadores naturais da pele, orofaringe e trato urogenital com acesso frequente à corrente sanguínea.

A endocardite fúngica é de difícil diagnóstico e tratamento. É causada principalmente pelo *aspergillus* e pela *cândida*. Tem mortalidade elevada (>50%).

Existem *situações especiais*, que merecem destaque. São as seguintes:

- 1) EI nosocomial: adquirida 48 hs após internação hospitalar. É causada principalmente devido a cateteres vasculares e o principal agente é *S. aureus* e o *S. coagulase negativo*.
- 2) EI de prótese valvar: precoce (<2 meses após a cirurgia), intermediária (2-12 meses) e tardia (>12 meses), causa também principalmente por *S. aureus* e *S. coagulase negativo*.

*Fisiopatologia:* a maioria das EI começam em uma superfície endocárdica lesada, segue com agregação de fibrina e plaquetas, criando uma vegetação estéril. Há uma bacteremia transitória que resulta na semeadura da vegetação e proliferação e invasão microbiana da superfície endocárdica.

*Clínica:* a apresentação inicial da EI varia enormemente de paciente a paciente, tornando por vezes esse diagnóstico difícil. Há apresentação aguda e também, a insidiosa com sintomas inespecíficos. A maioria dos pacientes queixa-se de febre e sintomas constitucionais inespecíficos, como fadiga, astenia e perda de peso. Metade dos pacientes queixa-se de sintomas músculo esqueléticos, variando desde artrite típica até mialgias difusas. Os usuários de drogas IV queixam-se de dor

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

pleurítica, pois a EI da valva tricúspide simula pneumonia. Já a EI nosocomial apresenta-se principalmente com sintomas de Insuficiência cardíaca e hipotensão.

*Exame físico:* febre (maioria dos pacientes), pressão de pulso alargada (do clínico deve estar alerta para insuficiência aórtica aguda), examinar a pele cuidadosamente em busca de fenômenos embólicos, como petéquias, nódulos de Osler (que são pequenos e dolorosos principalmente em superfície palmar, e são de origem imunológica), lesões de Janeway (máculas hemorrágicas não-dolorosas principalmente em palmas e plantas, de origem embólica) e hemorragias subungueais que desaparecem à pressão.

*Laboratório:* solicitar hemograma, eletrólitos, função renal, raio-x tórax e ECG. Todos os pacientes devem também ter ao menos três hemoculturas colhidas de regiões diferentes e muitos necessitam de ecocardiograma durante a admissão hospitalar.

*Diagnóstico:* Padrão ouro: cultura do organismo patológico de uma valva ou outra superfície endocárdica.

Os critérios de Duke (1994) tem sensibilidade entre 76-100% e especificidade entre 88-100%

**CRITÉRIOS DE DUKE MODIFICADOS PARA O DIAGNÓSTICO DE EI**

Critérios maiores	Critérios menores
Isolamento dos agentes comuns de EI em duas hemoculturas distintas, sem foco primário	Fator predisponente para EI
Microorganismo compatível com EI isolados em hemoculturas persistentemente positivas	Febre
Única cultura ou sorologia positiva para <i>Coxiella burnetii</i>	Fenômenos vasculares (exceto petéquias e outras hemorragias)
Aparecimento de sopro ou mudança de sopro pré-existente	Fenômenos imunológicos (presença de fator reumatóide, glomerulonefrite, nódulo de Osler ou manchas de Roth)
Ecocardiograma com evidências de endocardite	Hemocultura positiva

Retirado de <http://www.fmt.am.gov.br/manual/endocardite.htm>

Tratamento: Deve ser guiado pelo isolamento do organismo responsável. Frequentemente é aconselhável a terapia empírica antes de a cultura estar disponível. No caso do paciente em questão, foi utilizada terapia empírica até que saísse o resultado da hemocultura.

Além da antibioticoterapia devem-se fazer ECG diariamente ao longo de vários dias a partir da internação para pesquisar o desenvolvimento de doença do sistema de condução que possa anunciar a extensão perivascular.

Alguns pacientes necessitam tratamento cirúrgico seja para estabelecer cura, seja para prevenir a morte por complicações da EI. Foram elaborados alguns critérios, entre eles estão os pacientes com evidências de extensão direta da infecção para estruturas miocárdicas, disfunção de prótese valvar ou ICC por lesão valvar induzida por IE.

Complicações: lesão valvar direta e conseqüências da invasão local; complicações Embólicas; infecções metastáticas pela bacteremia; e fenômenos imunológicos.

### **Referências**

**Epidemiología de la endocarditis infecciosa en España en los últimos 20 años;** Rev Esp Cardiol. 2013; 66:728-33. - Vol. 66 Núm.09 DOI: 10.1016/j.recesp.2013.05.003

**Diretriz Brasileira de Valvopatias** – SBC 2011. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2011/Diretriz%20Valvopatias%20-%202011.pdf>

Goldman L, Ausiello D. Cecil: **Tratado de Medicina Interna**. 22ª Edição. Rio de Janeiro:ELSEVIER, 2005.

Palavras-chave

Endocardite; infecciosa; valva mitral; doença valvar.

**Relato de caso: Síndrome Nefrítica em pré-escolar**

*SANTOS, Thalita Alves Morgado dos Santos; LEITE, Patricia Marques; ABDO, Thereza Pascal; FERRAZ, Rafaela Pinto; OLIVEIRA, Priscilla Hidalgo de Araujo; BASTOS, Luiza Giacomini.*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta redonda*

**Introdução**

A síndrome nefrítica é definida como um grupo de distúrbios que afetam os glomérulos renais, ou seja, as estruturas responsáveis pela filtração do sangue. Na maior parte dos casos, resulta dos diferentes tipos de glomerulonefrites, podendo se apresentar de forma aguda, crônica ou rapidamente progressiva. A forma rapidamente progressiva, como sugere o nome, é a mais grave das apresentações da síndrome nefrítica, caracterizando-se pela destruição da maioria dos glomérulos. Esse efeito leva o portador da condição à insuficiência renal crônica em semanas ou dias e à conseqüente doença terminal renal, quando os rins funcionam com menos de 10% de sua capacidade e não prescindem da ajuda de medidas artificiais de filtração sangüínea, a exemplo da hemodiálise. A glomerulonefrite pós-estreptocócica acomete mais freqüentemente pacientes do sexo masculino, com idade entre 2 e 6 anos, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária. O quadro clínico é bastante variável, podendo existir casos assintomáticos ou com sintomas discretos, até casos mais graves com insuficiência renal severa.

Normalmente existe antecedente de infecção estreptocócica (escarlatina, IVAS, piodermite) 7 a 21 dias antes do início dos sintomas. O quadro clínico mais comum é o aparecimento súbito de edema, hematúria macroscópica e hipertensão arterial, constituindo a chamada síndrome nefrítica.

**Objetivos**

Este presente estudo tem por objetivo relatar um caso de Síndrome Nefrítica em paciente pré-escolar, acentuando a importância do diagnóstico e tratamento corretos, visando a proteção renal.



### **Metodologia**

Para realizar esse trabalho, utilizou-se de avaliação do prontuário do paciente, que foi atendido no Hospital Municipal Munir Raful – Volta Redonda, e revisões de artigos científicos encontrados na biblioteca eletrônica Scielo.

### **Resultados**

No dia 10 de Setembro de 2014 foi admitido na enfermaria do Hospital Municipal Munir Raful, encaminhado pelo Cais Aterrado, pré-escolar com queixa de edema periorbitario acompanhado de febre há 1 dia. Acompanhante (mãe) relata que paciente não apresentou nenhum outro sinal e/ou sintoma. Ao exame físico admissional, paciente em bom estado geral e nutricional, edema periorbitario ++/4+, Pressão arterial 140x90mmHg, oligúria, lesões cutâneas crostosas. Demais sistemas sem alterações. Foi solicitado hemograma completo, que se apresentou normal, e EAS, que evidenciou hematúria (50/uL). A partir dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, complementados pela hematúria microscópica, chegou-se ao diagnostico de Glomerulonefrite pós-estreptococcica, pois paciente apresentou lesões em pele – uma das principais infecções estreptocócicas que antecedem esse quadro. Tal glomerulonefrite se manifestou através do conjunto de sinais e sintomas, compondo a síndrome nefrítica (edema, hipertensão arterial e hematúria). Foi iniciado então, de imediato, a terapêutica, composta por: cuidados gerais, sinais vitais de 6/6h, dieta hipossódica, restrição hídrica com volume total de 750ml, Penicilina Benzatina 1.200.000 IM dose única, Furosemida 1,5ml de 12/12h. Após 3 dias, paciente se demonstra com melhora do edema periorbitario e normalização da pressão arterial (110x80mmHg).

### **Conclusão**

Pôde-se concluir que, quando a síndrome nefrítica gera sintomas, pode ser diagnosticada clinicamente com mais facilidade por meio da história clínica do paciente e do exame físico completo, e é apenas confirmada por exames laboratoriais simples- hemograma completo e EAS. É de extrema importância o diagnóstico precoce, com o objetivo principal procurar evitar os males que possam lesar os glomérulos renais. Para isso, deve-se ter cuidados para evitar infecções bacterianas de qualquer espécie e tratar adequadamente as infecções eventualmente contraídas.

## **Referências**

ABC.MED.BR, 2014. **Síndrome nefrítica: conceito, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento, prevenção e possíveis complicações**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/556552/sindrome-nefritica-conceito-causas-sintomas-diagnostico-tratamento-prevencao-e-possiveis-complicacoes.htm>>. Acesso em: 13 de setembro de 2014.

BRAUNWALD, Eugene; FAUCI, Anthony S.; HAUSER, Stephen L.; KASPER, Dennis L.; LONGO, Dan L.; JAMESON, J. Larry - Harrison Medicina Interna - 2 Volumes - 18ª Edição, Editora Artmed, Rio de Janeiro, 2013.

NETO, Augusto Scalabrini; VELASCO, Irineu Tadeu; MARTINS, Herlon Saraiva; NETO, Rodrigo Antônio Brandão - Emergências Clínicas - Abordagem Prática - 8ª Edição, Editora Manole, 2013

NEFROPED. Síndrome Nefrítica Aguda. Disponível em: [http://nefroped.hc.ufmg.br/Portal/Arquivos/iArquivos/publicacao\\_110.pdf](http://nefroped.hc.ufmg.br/Portal/Arquivos/iArquivos/publicacao_110.pdf). Acesso em 13 de setembro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Síndrome Nefrítica. Disponível em: <http://sbn.org.br/pdf/diretrizes/recomendacoes.pdf>. Acesso em: 13 de setembro de 2014.

## **Agradecimentos**

Agradecemos ao Dr. Albino e ao Dr. Amaro pela disposição em nos ajudar a elaborar esse relato de caso, pois o mesmo se demonstra com extrema importância e relevância.

Palavras-chave: síndrome nefrítica; glomerulonefrite; pré-escolar.

[thatty\\_morgado@hotmail.com](mailto:thatty_morgado@hotmail.com)

**Relato de Caso: Cirurgia de Endarterectomia para desobstrução da Artéria  
Carótida Interna Esquerda por Técnica Convencional**

*Danielli Rodrigues Leite; Jéssica Kayene Souza Ferreira; Letícia Baldez de Almeida;  
Lívia Saviolo Cunha; Marleany Barros Mohallem; Talita Souza Lima*

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

**Introdução**

O acidente vascular cerebral (AVC) é a terceira principal causa de óbito nas Américas. Cerca de 85% dos acidentes vasculares cerebrais são isquêmicos e resultam da oclusão de uma artéria cerebral principal por um trombo ou uma embolia, o que leva a perda de fluxo sanguíneo e morte subsequente do tecido na região afetada. O AVC é a principal causa de incapacidade grave a longo prazo.

**Objetivo**

Definir a principal indicação da Endarterectomia no tratamento da obstrução aterosclerótica e expor os tempos cirúrgicos da Endarterectomia da Artéria Carótida Interna além de avaliar se a técnica convencional e fechamento primário são as melhores escolhas.

**Relato de Experiência**

Paciente acompanhado possuía uma obstrução de 90% da artéria carótida interna esquerda comprovado com exames complementares como Ecodoppler e Arteriografia digital. Foi elucidado os mecanismos de lesão isquêmicas, fisiopatologia da trombose, critérios de conduta para indicação da cirurgia e os tempos cirúrgicos com vídeo da cirurgia de Endarterectomia de artéria carótida interna esquerda, além disso as possíveis complicações e o prognóstico do caso relatado.

**Resultados**

A técnica convencional é a melhor opção, quando a placa é instável e o fechamento primário é a melhor indicação, quando a artéria é mais calibrosa e no sexo masculino.

### **Conclusão**

Para o paciente descrito a principal indicação da Endarterectomia foi a estenose confirmada de artéria carótida e a prevenção secundária de doenças isquêmicas cerebrais.

### **Referências bibliográficas**

EXECUTIVE COMMITTEE FOR THE ASYMPTOMATIC CAROTID ATHEROSCLEROSIS STUDY. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. JAMA. 273:1421-1428, 1995.

NORTH AMERICAN SYMPTOMATIC CAROTID TRIAL COLLABORATORS. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade stenosis. N Engl J Med 325:445-453, 1991.

PINHEIRO, I. M et. al. Patologia da carótida. Rev Port Clin Geral. 26:496-501, 2010.

SILVA, E. N. F. Doença vascular cerebral extracraniana- critérios de tratamento médico e cirúrgico. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto- Faculdade de medicina, 2012.

TELES, R.; MANSILHA, A. Vantagens da anestesia locoregional relativamente à anestesia geral na endarterectomia carotídea. Angiol Cir Vasc.10(2):64-70, 2014.

TOWNSEND, C.M.; BEAUCHAMP, R.D.; EVERS, B.M.; MATTOX, K. L. Sabiston- Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 18ª Ed. Elsevier. Cap 64, 2009.

OURIEL, K. e RUTHERFORD, B.R – Atlas de Cirurgia Vascular , Procedimentos Operatórios – 1ª Ed. Revinter, 2002.

**Palavras Chave:** Acidente Vascular Cerebral, Aterosclerose e Endarterectomia

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

**Relato de Caso Clínico: Linfoma não-Hodgkin**

ABDO, Thereza Pascal; LEITE, Patrícia Marques; SANTOS, Thalita Alves Morgado dos; FERRAZ, Rafaella Pinto; OLIVEIRA, Priscilla Hidalgo de Araújo.

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

**Introdução:**

Linfoma é um tipo de câncer que se desenvolve nos linfonodos (ou gânglios). Ocorre quando uma célula normal do sistema imune encarregado de defender o organismo de infecções, chamada linfócito, cresce desordenadamente, sem parar, e espalha-se pelos linfonodos, em especial, pelos da região do pescoço, axilas e virilha, mas também pela medula óssea, baço, fígado e trato gastrointestinal. Os linfomas podem ser classificados basicamente em dois grandes grupos: linfomas Hodgkin (LH) e não Hodgkin (LNH). Nos dois casos, eles têm comportamento e grau de agressividade diversos. (2008, SCHELIGA). Existem mais de 20 tipos diferentes do linfoma não Hodgkin, classificados de acordo com o tipo de célula linfoide e o comportamento biológico: os indolentes, com evolução lenta, e os agressivos, de crescimento rápido e mais invasivos. A incidência tem aumentado nos últimos anos. Embora possa manifestar-se em pessoas de qualquer idade, parece que atinge mais os homens do que as mulheres com idade superior a 60 anos. (2012, HARRISON).

**Objetivos:**

Relatar o caso de um paciente portador de Linfoma Não-Hodgkin de acordo com a revisão bibliográfica e a vivência no hospital.

**Relato de experiência:**

Paciente G.P.S, sexo masculino, 66 anos, branco, solteiro, 1 filho, brasileiro, natural de Volta Redonda.

**QP:** “falta de ar há 2 meses”

**HDA:** Paciente iniciou quadro de dispnéia há 2 meses associada a derrame pleural à esquerda. Ficou internado no Hospital Servidor no Rio de Janeiro para investigação. Realizou biópsia do gânglio cervical há 2 meses quando internado, porém a família

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

ainda não recebeu resultado. Presença de linfadenomegalia cervical, axial e mediastinal. Refere ter emagrecido 16kg nos últimos 2 meses.

**HS:** Ex tabagista (fumou dos 15 aos 55 anos 1maço/dia).

**HPP:** Hipertenso em uso de losartana e outro medicamento que paciente não soube informar o nome.

**Exame Físico:** Lúcido e orientado. Hipocorado (+/4+), desidratado (+/4+), anictérico, acianótico.

ACV: RC irregular PA 90x60mmHg FC 79bpm

AR: MV +, abolido à esquerda.

Abdome: flácido e peristalse presente.

Neurológico: Glasgow 15

MMII: sem edema, panturrilha livre.

**CONDUTA:** Raio X ? Foi pedido TC tórax e abdome/ HC/ ECG. Aguarda resultado da biópsia.

→ 21/01:

\*HC/ Bioquímica: UR 68 e Cr 1,7. Leucócitos 15.200 com desvio à esquerda.

\*ECG: ndn

→ 24/01:

\*TC tórax: presença de massa de contorno irregular ocupando segmento anterior lobo superior esquerdo e mediastino, medindo 11cm diâmetro. Nódulo em lobo superior esquerdo e inferior direito. Coleção pleural à direita. Sinais linfonodo retrocaval medindo 1,8cm. Linfonodomegalia em região axilar esquerda.

\*TC abdome: linfonodos retroperitoniais < 1 cm.

Foi realizado Toracocentese devido ao derrame peural.

Paciente evoluiu com piora progressiva da dispnéia, mantendo Sat 93% em suplementação de O2 por cateter nasal a 3L/min.

→ 29/01: Paracer da cirurgia para realização de radioterapia de urgência, pois o paciente evoluiu com Síndrome da Veia Cava Superior.

Foi realizado 5 sessões de radioterapia de urgência. Quadro melhorou relativamente.

→ 17/02: Resultado da biópsia: diagnosticado com Linfoma Não-Hodgkin. Foi pedido então o exame de imunohistoquímica para iniciar o tratamento.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

→19/02: Paciente realizou endoscopia digestiva alta, devido dificuldade para alimentar → Diagnosticado com Monilíase Esofagiana Moderada no terço superior. Tratado com Fluconazol.

→ 25/02: teve uma piora significativa do quadro, sendo necessária a intubação do paciente.

→04/03: Paciente foi transferido para UTI da UGH.

**Resultados:**

A análise deste caso clínico é de extrema importância pois a incidência tem aumentado nos últimos anos. Embora possa manifestar-se em pessoas de qualquer idade, parece que atinge mais os homens do que as mulheres com idade superior a 60 anos. Pode-se ressaltar que o tratamento é eliminar o maior número possível de células malignas e induzir à remissão completa. Em alguns casos, nos quais esse objetivo é atingido, a cura pode ser alcançada. Portanto, pode-se manter o linfoma controlado por muitos anos e com isso a radioterapia, a quimioterapia ou a imunoterapia podem ser administradas aos pacientes no ambulatório em um centro oncológico.

**Conclusões:**

O caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão do método diagnóstico e terapêutica de uma situação complexa que é o Linfoma Não-Hodgkin. Percebe-se que os exames permitem determinar o tipo exato de linfoma e esclarecer outras características, cujas informações são úteis para decisão da forma mais eficaz de tratamento a ser empregado. Portanto, conclui-se a importância de um diagnóstico precoce para que o tratamento seja empregado rapidamente visto que o linfoma não-Hodgkin é uma patologia severa.

**Referências:**

CORDEIRO, Samuel Z. B; CORDEIRO, Paulo B. **Síndrome de veia cava superior** - J Pneumologia. 2002; 28 (5): 288-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v28n5/a09v28n5.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2014.

HARRISON . **Medicina interna**. 18.ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2012.

SCHAFFER, Larissa Finger<sup>1</sup>; MACUGLIA, Carla Caroline Nunes<sup>1</sup>; SANTOS, Camila Dalcin<sup>1</sup>; GARLET , Carina Mion<sup>2</sup>. **LINFOMAS HODGKIN E NÃO HODGKIN: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

SCHELIGA, A; MELO de, C, O; ASSAD, D, X; LIMA, D, S; ALENCAR de, D, R; MOREIRA, M, M, L; FILHO, O, M; COELHO, F, R, S; ASMAR, S, B; PEREIRA, B, S, V; ARAUJO, L, H, L. **Linfoma não Hodgkin de alto grau** – Revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(2): 175-183

Palavras-Chave: Linfoma Não-Hodgkin; Neoplasia; Quimioterapia.



**Relato de Caso Clínico: Síndrome Coronariana Aguda**

*LEITE, Patrícia Marques UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ; FERRAZ, Rafaella Pinto UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ; SHAFRANSKI, Elis; SOARES, Fernanda Batista UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ; SOUZA, Adson Rodrigues Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro-RJ.*

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

**Introdução:**

A doença cardíaca coronariana geralmente causada por uma enfermidade chamada aterosclerose, que ocorre quando substâncias gordurosas formam um acúmulo de placa nas paredes das artérias. A aterosclerose humana é um processo crônico, progressivo e sistêmico, caracterizado por resposta inflamatória e fibroproliferativa da parede arterial, causada por agressões da parede arterial. Como processo sistêmico, frequentemente, acomete todos os leitos arteriais incluindo a aorta e seus ramos principais: carótidas, renais, ilíacas e femorais. Isso causa estreitamento das artérias. À medida que as artérias coronárias se estreitam, o fluxo de sangue para o coração pode ser reduzido ou interrompido. Isso pode causar dor no peito (angina estável), falta de ar, taquicardia e outros sintomas, geralmente quando o indivíduo está em atividade. (2009, Arquivo Brasileiro Cardiologia). Apesar de dor ou desconforto no peito ser uma das manifestações mais importantes da doença cardíaca, vale frisar que dor no peito pode também ser sintoma de outro problema, não necessariamente cardíaco. Os seguintes fatores caracterizam a dor no peito e, de acordo com suas características, sugerem qual a origem da dor: tipo e localização da dor, irradiação da dor para outras regiões do corpo, intensidade, duração, fatores desencadeantes e de melhora e piora da dor. A dor no peito, secundária à isquemia miocárdica, tipicamente se manifesta com as seguintes características (ressaltando que, em cada indivíduo, a angina se manifesta sem necessariamente apresentar as características típicas em sua totalidade): dor em aperto, opressão, pressão, peso ou queimação, localizada na região subesternal, ou seja, abaixo do osso esterno (no meio do tórax, entre as costelas). Contudo, a dor

pode se localizar em qualquer porção do tórax, mais freqüentemente no meio ou do lado esquerdo, e ainda nos ombros, braços, pescoço, mandíbula, dentes, nas costas (entre as duas escapulas) e até, menos freqüente, na porção superior do abdome. Geralmente se inicia na porção anterior do tórax, pode se irradiar para os ombros, braços, pescoço, mandíbula, dentes e costas. (2008, FERNANDES).

**Objetivos:**

Esse trabalho é um artigo de revisão embasado em um caso clínico vivenciado pelo grupo no HSJB. Tem como objetivo definir a doença arterial coronariana e elucidar sobre suas principais causas, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e prevenção.

**Relato de experiência:**

Paciente V.S., masculino, 66 anos, caucasiano, hipertenso e tabagista. Morador de Volta Redonda- RJ.

QP: “dor no peito e falta de ar”

HDA: Paciente deu entrada com um quadro de dor precordial típica associado a diaforese e dispneia há 1 dia. Foi realizado eletrocardiograma onde foi evidenciado supradesnivelamento do segmento ST em D1 e aVL.

HF: HF positiva para DAC/ Pai falecido devido a IAM aos 64 anos; Irmão IAM aos 62 anos.

HS: Ex-tabagista, parou aos 62 anos.

HPP: HAS com tratamento. Nega alergia a medicamentos.

Exame Físico: Lúcido e orientado. Corado, Hidratado , anictérico e acianótico.

ACV: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros ou extrassístoles.

AR: Murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios.

Abdome: flácido e peristalse presente.

Neurológico: Glasgow 15

MMII: sem edema, panturrilha livre

Restante dos aparelhos sem alterações.

→Condução: Foi pedido enzimas necrose mioárdica CK MB e Troponina. Tratamento de suporte.

05/03/2014: CK 592 CKMB 89

→Condução: Paciente foi internado em enfermaria do próprio hospital com tratamento clínico com AAS e Sinvastatina, monocordil, atenolol, losartana e clopidogrel. Foi pedido um Ecocardiograma e um Cateterismo.

11/03/2014: CAT 90% obstrução da artéria coronária esquerda, 90% de obstrução na descendente anterior, 30% na coronária direita.

12/03/2014: ECO FE 82%; valvas cardíacas normais, déficit da função diastólica do VE grau I.

→Condução: Indicação de cirurgia e realizada dia 26/03/2014: Foram realizadas anastomose de Veia Safena com a Aorta ascendente e anastomose termino-lateral para a artéria Cirunflexa; Anastomose término-lateral da Artéria Torácica Interna Esquerda com a Artéria Descendente Anterior. Foi colocado eletrodo procisório de marcapasso em parede de ventrículo direito, drenado mediastino e pleura esquerda; Procedida a revisão da hemostasia e síntese habitual das incisões.

**Resultado:**

A análise deste caso clínico é de extrema importância pois os fatores de risco são diversos como homens na faixa etária dos 40 anos, mulheres na menopausa, Genes propensos (hereditariedade), diabetes, a hipertensão arterial, níveis anormais de colesterol, fumantes, doenças renais crônicas, a presença de aterosclerose e endurecimento das artérias em outra parte do corpo por exemplo (AVC) e aneurisma de aorta abdominal e outros fatores de risco incluem o abuso do álcool, a falta de exercícios e o acúmulo de estresse. Portanto uma boa anamnese e um bom exame físico são de extrema importância para um bom encaminhamento do caso.

**Conclusão:**

O caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão do método diagnóstico e terapêutica de uma situação complexa que é a Doença Coronariana. A imensa maioria dos pacientes com doença arterial coronariana tem exame físico completamente normal. Por isso, o principal instrumento diagnóstico dos pacientes é a história clínica. Além da história clínica os exames complementares podem ter várias utilidades na investigação de doença coronariana. Podem-se utilizar exames para investigação e acompanhamento de fatores de risco em pacientes sintomáticos ou assintomáticos. Quando a aterosclerose é identificada em um estágio inicial, medicamentos como os nitratos, os beta bloqueadores, os bloqueadores dos canais de cálcio, etc. Quando o estágio é mais avançado, opta-se por mecanismos mais

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

invasivos como a angioplastia ou a revascularização do miocárdio, como foi a situação do caso descrito.

**Referências:**

Doença arterial coronariana. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2009, vol.93, n.6, suppl.3, pp. 282-286.

FERNANDES PM et al. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Med (São Paulo). 2008 abr.-jun.;87(2):92-8.

*LISBOA, L.A.F; MEJÍA, O. A. V; DALLAN, L. A. O; MOREIRA, L. F. P; PUIG, L. B; JATENE, F. B. ; GROppo, N. A.* Intervenção Coronariana Percutânea Prévia como Fator de Risco para Revascularização Miocárdica. Arq Bras Cardiol 2012;99(1):586-595.

LUZ,P.L.; FAVARATO, D. Doença Coronária Crônica. Arq Bras Cardiol. Volume 72, (nº 1), 1999. São Paulo-SP.

PINHO R. A.; ARAÚJO M. C.; GHISI G. L. M., BENETTI M. Doença Arterial Coronariana, Exercício Físico e Estresse Oxidativo. Arq Bras Cardiol 2010;94(4): 549-555

Palavras-Chave: Doença Coronariana Aguda, Infarto Agudo do Miocárdio, Vascularização do Miocárdio.

**Relato de Caso Clínico: Síndrome de Gitelman**

*ABDO, Thereza Pascal; LEITE, Patrícia Marques; FERRAZ, Rafaella Pinto;  
OLIVEIRA, Priscilla Hidalgo de Araújo; Santos, Thalita Alves Morgado dos.*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta redonda*

**Introdução**

Síndrome de Gitelman (GS) é um distúrbio autossômico recessivo do túbulo contorcido distal, no qual há uma disfunção do carreador de Na-Cl, caracterizada por hipocalemia, alcalose metabólica, hipocalciúria, hipomagnesemia e hiperaldosteronismo hiperreninêmico (GRAZIANI, 2010). A prevalência é estimada em cerca de 1:40.000 e, conseqüentemente, a prevalência de heterozigotos é de aproximadamente 1% em populações caucasianas, tornando-se um dos distúrbios tubulares renais hereditários mais freqüentes. Na maioria dos casos, os sintomas não aparecem antes de seis anos de idade e a doença é geralmente diagnosticada na adolescência ou na idade adulta. Períodos transitórios de fraqueza muscular e tetania, por vezes acompanhados de dor abdominal, vômito e febre são freqüentemente vistas em pacientes GS (KNOERS, 2005). O diagnóstico da síndrome de Gitelman é baseado nos sintomas clínicos e bioquímicos. As alterações bioquímicas mais típicas em GS são hipocalemia, alcalose metabólica, hipomagnesemia e hipocalciúria. Síndrome de Bartter é a doença genética mais importante a considerar no diagnóstico diferencial de GS. Em geral, o prognóstico a longo prazo da síndrome Gitelman é excelente. No entanto, a gravidade da fadiga pode prejudicar gravemente alguns pacientes em suas atividades diárias. O tratamento da GS é principalmente dirigida a corrigir as anormalidades hidro-eletrolíticas (SHAER, 2001). Nesse artigo veremos um relato de caso de um paciente que possivelmente tem essa síndrome, visto seu quadro clínico e resultado de exames e assim discutiremos sobre a doença.

**Objetivos**

Relatar e discutir o caso de um paciente portador de síndrome de Gitelman cuja repercussão clínica respiratória foi dramática devido à hipocalemia severa e assim

correlacionar com os casos existentes na literatura tentando achar um tratamento paliativo, visto que é uma doença genética e sem cura.

### **Metodologia**

As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura.

### **Resultados**

Pelo fato de ser uma doença rara, existem poucos relatos na literatura dessa síndrome, limitando a capacidade de o estudo analisar, de forma ampla, o impacto do tratamento na evolução da doença.

### **Conclusão**

O caso relatado e publicações levantadas trazem à luz a discussão do método diagnóstico e terapêutico de uma situação complexa e rara que é a Síndrome de Gitelman. No entanto, apesar da pequena casuística e de não haver estudo molecular, o presente relato pode contribuir para divulgar os aspectos clínicos e de tratamento dessa condição. Em conclusão, justifica-se a postura de alerta para o diagnóstico e para o estabelecimento de medidas terapêuticas o mais precocemente possível.

### **Referências**

Colussi G, Rombola` G, De Ferrari ME, Macaluso M, Minetti L. **Correction of hypokalemia with antialdosterone therapy in Gitelman's syndrome.** Am J Nephrol 1994.

GITELMAN HJ, GRAHAM JB, WELT LG. **A new familial disorder characterized by hypokalemia, hypomagnesemia.** Trans Assoc Am Physiol 1966.

GRAZIANI, G.; FEDELI, C.; MORONI, L.; COSMAI, L.; BADALAMENTI, S.; Ponticelli, C. Gitelman syndrome: pathophysiological and clinical aspects". 2010

GUAY-WOODFORD L.M. **Bartter syndrome: unrevealing the pathophysiologic enigma.** Am J Med 1998.

KNOERS N.V., STARREMANS PGJF, MONNENS LAH: **Hypokalemic tubular disorders.** In *Oxford Textbook in Clinical Nephrology*. Third edition. Edited by Davidson AM, Cameron JS, Grunfeld J-P, Ponticelli C, Ritz E, Winearls CG, van Ypersele C. Oxford University Press; 2005

KURTZ I. **Molecular pathogenesis of Bartter’s and Gitelmann’s syndromes.** *Kidney Int* 1998.

Luthy C, Bettinelli A, Iselin S. **Normal prostaglandinuria E2 in Gitelman’s syndrome: the hypocalciuric variant of Bartter’s syndrome.** *Am J Kidney Dis* 1995.

RIVEIRA-MUNOZ E, CHANG Q, DEVUYST O: **Belgian network for study of gitelman syndrome. Transcriptional and functional analyses of SLC12A3 mutations: new clues for the pathogenesis of Gitelman syndrome.** *J Am Soc Nephrol* 2007.

Shaer A. **Inherited primary renal tubular hypokalemic alkalosis: a review of Gitelman and Bartter syndromes.** *Am J MedSci* 2001; 322:316–32.

**Palavras-Chave:** Síndrome de Gitelman, hipocalemia, hipomagnesemia.

[thereza.abdo@gmail.com](mailto:thereza.abdo@gmail.com)

**Relato De Caso Clínico – Síndrome Ictero – Hemorrágica**

*Antônio Guilherme do Paço Baylão<sup>1</sup>; Jurema Nunes Mello<sup>1</sup>; Marcos Aurélio da Silva Baylão<sup>123</sup>; Mariana de Castro Rolim<sup>1</sup>; Sandro Javier Bedoya Pacheco<sup>14</sup> & Walter Tavares<sup>1</sup>*

*Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda (ECMVR/ FOA – UNIFOA)<sup>1</sup>;  
Ambulatório Municipal de Infectologia (AMI), Taubaté (SP)<sup>2</sup>; Ambulatório Municipal  
de Infectologia (AMI), Caçapava (SP)<sup>3</sup>; Instituto de Pesquisa Clínica “Evandro  
Chagas” – Instituto/ Fundação Oswaldo Cruz (IPEC/ IOC – FIOCRUZ)<sup>4</sup>  
Volta Redonda (RJ); Taubaté (SP); Caçapava (SP); Rio de Janeiro (RJ) – Brasil*

**Introdução:**

Definida também como Síndrome Hepatopulmonar, a Síndrome Íctero-Hemorrágica caracteriza-se por habitualmente três fatores fundamentais na patogênese, hepatopatia avançada, alterações na hematose e vasodilatação com shunt intrapulmonar, na ausência de demais co-morbidades intrínsecas, sendo que o fator responsável por agudização e gravidade da síndrome é a disfunção/ insuficiência hepática, conforme descrito no caso clínico relatado (*KNOBEL, 2006*). **Objetivos:** O presente relato de caso clínico tem por objetivos gerais, evidenciar aspectos relevantes da patogênese da Síndrome Hepatopulmonar, especialmente quando agudizada por hepato-disfunções severas, quando o paciente já apresenta grau expressivo de icterícia, discrasias sanguíneas e insuficiência renal, necessitando de diálise em virtude de oligúria/ anúria. Especificamente, também discutimos a dificuldade diagnóstica quanto a etiologia desta síndrome, especialmente pela similaridade sindrômica com algumas etiologias infecciosas, como a Leptospirose.

**Relato de Experiência:**

Paciente transferido para UTI-IIER de Sapopemba, morador de rua, etilista crônico, com quadro clínico de síndrome icterico-hemorrágica, sendo interrogada Leptospirose como principal hipótese diagnóstica, admitido em SARA, intubado previamente, mas com sangramento profuso, especialmente pelo tubo orotraqueal, evidenciando a radiografia de tórax (PA/ Perfil) imagem radiológica sugestiva de microconsolidações e espessamento de septos interalveolares (formato de asa de borboleta = que sugere Leptospirose a despeito da primeira sorologia ser negativa).



Paciente mantido com dispositivos invasivos (CVC, PAI = será suspensa, Schilley e IOT, persistindo com sangramento alveolar impossibilitando progredir desmame de ventilação mecânica com PEEP elevada (14–20), fazendo bom volume corrente, frequência respiratória e FiO<sub>2</sub> variável. Em uso de Meropenem + Polimixina B + SMX/ TMP (Profilático) + Vancomicina por 14 dias (já suspensa) + Proteção Gástrica + Clexane SC (Profilaxia TVP/ TEP). Em hemodiálise, será suspensa. Em avaliação para indicação de Pulsoterapia (suspeita de vasculite auto-imune - Wegener, Goodpasture, Poliarterite nodosa, ...), solicitado ANCA, FAN, FR e demais anticorpos, além de estar em andamento a 2<sup>a</sup>. Sorologia para Leptospirose. Paciente estável hemodinamicamente e parâmetros ventilatórios sem alterações. **Conclusão:** Em suma, concluímos pelo presente relato de caso clínico a dificuldade diagnóstica em certos casos de Síndrome Hepatopulmonar, especialmente quando de hepatodisfunções graves com discrasias sanguíneas importantes sobretudo alveolares e que possivelmente a melhor terapêutica para esses pacientes, sem uma etiologia infecciosa, é a transplantação mesmo porque o máximo de sobrevida em terapia de suporte para estes é de 20-40% dos casos em 2 anos e meio devido a elevada morbi-mortalidade.

**Palavras-Chave:** Síndrome Íctero-hemorrágica; Leptospirose; Hepatopulmonar; morbi-mortalidade.

**Referências Bibliográficas:**

III CONSENSO BRASILEIRO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA. Ventilação mecânica na Lesão Pulmonar Aguda (LPA)/ Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). J. Bras. Pneumol. 2007; 33(Supl 2): S 119-S 127;

MARTINS, H. S. ET. AL. Emergências Clínicas, Abordagem Prática. Disciplina de Emergências Clínicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de São Paulo (HC-FCMUSP), 8<sup>o</sup>. Edição, Editora Manole, Barueri (SP), 2013;

KNOBEL, E. ET. AL. Condutas no Paciente Grave. Vol. 1, 3<sup>a</sup>. Edição, Editora Atheneu, São Paulo (SP), 2006.

**Relato de Caso Doença de Crohn**

*GOMIDE, Tchandra Andrade; RZETELMA, Hélio; SEREJO, Mariana Nakabori;*  
*SEREJO, Thierry Farias Júnior*

*UniFOA- Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

**Introdução:**

A doença de Crohn é uma patologia que ainda apresenta quadros bastante variáveis, com uma gama de desfechos clínicos, por isso os estudos de relatos de caso são de grande importância. No caso exposto, a doença inflamatória intestinal causada por uma desregulação da função imune se apresentou com um quadro clínico de abscessos intra-abdominais de repetição. Este artigo apresenta a evolução do caso, assim como uma revisão de literatura sobre a doença.

**Objetivos:**

O objetivo deste artigo é o relato de um caso encontrado do aparecimento da Doença de Crohn que cursou com uma forma diferenciada de quadro clínico, descrevendo sua evolução e tratamento.

**Relato da experiência:**

M P A M, 39 anos, feminina, referiu que há aproximadamente dois anos, sentia dores em cólica de forte intensidade, difusa em todo o abdome, vômitos abundantes e distensão abdominal. Ficava de dois à três dias sem se alimentar, medicava-se com Buscopan e apresentava melhora. Negava febre nessas crises. Apresentava diarreia aquosa constante, duas a quatro vezes ao dia, sem sangue, muco ou pus e perdeu dez quilos em seis meses. Negou hipertensão arterial sistêmica e diabetes. História cirúrgica de colecistectomia há 6 anos e laqueadura tubária aos 34 anos. História familiar de mãe cardiopata e pai hipertenso. Em agosto de 2012 houve aumento da intensidade da dor e em dezembro do mesmo ano procurou um médico onde foi diagnosticada com abscesso em parede abdominal na fossa ilíaca direita, ficando internada por oito dias com diagnóstico de infecção intra-abdominal e sendo submetida à antibiótico terapia venosa. A intensidade das dores continuava a aumentar e três meses após a internação procurou novamente um médico, onde foi diagnosticada com doença de Crohn através da colonoscopia,

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

sendo encontrada inflamação, infiltrado de neutrófilos e atrofia das criptas na biópsia. Iniciou o tratamento com mesalazina e corticóide. Teve reincidência do quadro de abscesso, sendo internada três desde o diagnóstico. No dia 23/04/2013 fez laparotomia pela nova recidiva do quadro, drenagem do abscesso com lavagem da loja localizada na parede abdominal em fossa ilíca direita. As alças intestinais tinham sinais de processo inflamatório, sendo que não foi achado sinais de perfuração. O resultado da cultura foi positivo para Escherichia Coli. Administrou-se antibióticoterapia venosa por sete dias. Iniciou azatioprina para manutenção da remissão.

**Conclusão:**

O caso descrito acima mostra características muito observadas e bem descritas que ocorrem em pacientes com Doença de Crohn. Apesar do quadro clínico da paciente ser sugestivo desde o início dos sintomas houve demora à procura médica, o que retardou o diagnóstico e tratamento, podendo ser um dos motivos que causaram o abscesso de repetição. Notamos também que durante a laparotomia não houve achado de perfuração em alça o que sugere que o abscesso tenha ocorrido por translocação bacteriana pelo processo de inflamação transmural presente na doença de Chron ou mesmo por microperfurações. Após o procedimento cirúrgico a paciente entrou em remissão e estabilização do quadro. O tratamento de manutenção segue com azatioprina e não houve nenhum quadro de recidiva desde então.

**Referências Bibliográficas:**

- ARAUJO, Sérgio Eduardo Alonso; BERNARDO, Wanderley Marques. Atualização em doença de Crohn. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 57, n. 2, Apr. 2011 .
- Doença de Crohn intestinal: manejo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 57, n. 1, Feb. 2011
- FBG. **Condutas em Gastroenterologia**. Revinter, 2004.
- GALVÃO-ALVES. **Temas de Atualização em Gastroenterologia**. Rio de Janeiro: Grafitto Gráfica e Editora Ltda., 2012.
- KUMAR, et al. **Robbins & Cotran, Patologia: Bases patológicas das doenças**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- LONGO, et al. **Medicina Interna de HARRISON**. 18 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

MICHETTI et al. Appropriateness of therapy for active Crohn's disease: Results of a multidisciplinary international expert panel—EPACT II. **Journal of Crohn's and Colitis**.v.3, p.232–240G, 2009.

PORTELA, Francisco. Terapêutica Farmacológica da Doença de Crohn. **J Port Gastreenterol.**, Lisboa, v. 16, n. 2, mar. 2009

PORTO, C. C. **Vademecum de Clínica Médica**. 3. ed. Guanabara Koogan, 2010.

ROGLER, G. The effects of NOD2/CARD15 mutations on the function of the intestinal barrier.**Journal of Crohn's and Colitis**. v.1, p.53-60, 2007.

Sandra, Santos. **Doença de Crohn: etiopatogenia, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento**. Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Fernando Pessoa, Porto. 2013

SANTOS JR, J.C.M. Doença de Crohn – Aspectos Clínicos e Diagnósticos. **Rev Bras Coloproct**. v.19, n.44, p.276-285, 1999.

VAN ASSCHE et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. **Journal of Crohn's and Colitis**.v.4, p.7–27, 2010.

Palavras chaves : relato, Doença de Crohn

[tchandra\\_gomide@hotmail.com](mailto:tchandra_gomide@hotmail.com)

## Sexualidade, Climatério e Desejo Sexual Hipoativo

*Thamara Ferreira de Assis<sup>1</sup>; Alessandra Barbosa Ferreira<sup>1</sup>; Maxmuller Arantes Mangia<sup>2</sup>. <sup>1</sup>UniFOA - Centro Universitário de Volta Redonda , Volta Redonda, RJ; 2 Hospital Doutor Cândido Junqueira, Cruzília, MG*

### **Introdução:**

Nos últimos anos a população mundial vem envelhecendo, com isso as mulheres conheceram as alterações orgânicas que ocorrem durante o processo do climatério. Alterações essas que influenciam diretamente no desempenho sexual, porém tendo claramente a contribuição do próprio processo de envelhecimento. Dentre as disfunções sexuais, o desejo sexual hipoativo (DSH) representa 60% das queixas.

### **Objetivo:**

Devido alta porcentagem de DSH, este trabalho científico consiste em uma revisão bibliográfica a fim de contribuir para maior conhecimento sobre o tema.

**Método:** Foram realizadas pesquisas em artigos científicos e periódicos publicados Scielo, Pubmed, Lilacs, e Revistas Científicas, que contenham as palavras chave *Sexualidade, Climatério e Desejo Sexual Hipoativo*; **Keywords:** *Sexuality, Menopause and hypoactive sexual desire*, após a análise qualitativa dos conteúdos obtidos, foi construído um artigo de revisão bibliográfica.

**Resultado:** O DSH consiste na diminuição ou ausência de interesses e de fantasias sexuais, não havendo motivação para o ato sexual, conceito este baseado no modelo tradicional proposto por Masters e Johnson (1960) e por Helen Kaplan (1970). Porém, ampliado tomando como base o modelo circular proposto por Basson, que considera que a motivação sexual pode ser desencadeada por fatores não sexuais, provindos de uma atitude neutra, influenciado principalmente pelos fatores psicossociais. Diversos sentimentos como a felicidade e o sucesso têm sido relacionados à satisfação sexual, inclusive à capacidade orgástica da mulher. Assim, se faz necessário estabelecer o diagnóstico precoce tomando como bases os critérios de DSM-IV-TR (2002), que consiste na ausência ou diminuição do desejo sexual, desencadeando dificuldades interpessoais, que não são explicadas por outras perturbações; e DSM-V-TR (2013) que combinou o desejo sexual aos distúrbios de excitação feminina, com duração de 6 meses. Entretanto, para isso é necessário visitas periódicas ao ginecologista e uma cumplicidade entre médico e

paciente para abordar tal assunto. O tratamento é de extrema importância para recuperar a qualidade de vida da mulher, que deve ser individualizado, variando de acordo com a causa.

**Conclusão:** O DSH traz consequências negativas à saúde da mulher, afetando significativamente a auto-estima e a qualidade de vida, física e mental. Revelando ser necessário o conhecimento do quadro e a intervenção individualizada precoce.

**Referências Bibliográficas:**

American Psychiatric Publishing. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. 2013. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

FLEURY, H ; ABDO, C N. Modalidades de tratamento para sintomas sexuais da menopausa. Diagn Tratamento. 2010;15(4):187-90

MASCHIO, Manoela Busato Mottin; et al. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):583-9.

Palavras-chave: Sexualidade, Climatério e Desejo Sexual Hipoativo;

Keywords: Sexuality, Menopause and hypoactive sexual desire

### **Síndrome de Leigh: Revisão Literária**

Daniel Escorsim Machado; Frederico Abreu Azzi; Leonardo Vidal Cler; Rafael  
Langoni Linares

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

#### **Introdução**

A encefalomiopatia necrotizante subaguda ou Síndrome de Leigh (SL) consiste em uma encefalopatia mitocondrial, sendo, portanto, uma doença metabólica congênita no Sistema Nervoso, principalmente, devido a uma falha na fosforilação oxidativa e produção de ATP pela mitocôndria (LEIGH, 1951).

De acordo com Schmoltzler e equipe em 2000, a Síndrome de Leigh (SL) consiste numa encefalopatia mitocondrial que pode ter como etiologia, principalmente, os casos de heranças mendeliana ou materna.

#### **Objetivos**

Este trabalho tem como objetivo principal uma breve revisão de literatura sobre a SL, apresentando os aspectos gerais da doença: sua etiologia, fisiopatologia, sintomatologia, sinais, diagnóstico e terapêutica.

#### **Metodologia**

Foram feitas buscas em sítios que funcionam como bancos de dados para artigos científicos, como Scielo, *PubMed-Medline* e outros, à procura de artigos recentes e/ou de autores clássicos sobre “Doenças Mitocondriais”, “Síndrome de Leigh”, “Tratamento e Diagnóstico da Síndrome de Leigh”, entre outros, que consistem no tema do artigo a ser escrito. Além destes, foram utilizados como base capítulos de livros de autores clássicos, sejam eles recentes ou não, pois demonstram como a relação da doença com sua etiologia e fisiopatologia tem sido abordada em Tratados, Fundamentos, entre outros, encontrados, principalmente, na Biblioteca Central do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA.

#### **Discussão**

A transmissão da SL se faz por herança genética recessiva ligada ao X, autossômica recessiva – com mutações em subunidades das enzimas codificadas pelo DNA -, ou mitocondrial – segundo escreveu Schmoltzler et al. em 2000, na qual a etiologia pode encontrar-se na mutação T8993G ou T8993C, principalmente, na

ATPase dos genes MTATP6 e MATCO3 mitocondriais, principalmente, mesmo que as etiologias possam ser decorrentes de diferentes falhas (AKAGI et al., 2002; SGARBI et al., 2006; MERRITT, 2011).

O aparecimento da doença ocorre nos dois primeiros anos de vida, principalmente, mas seu início pode variar, podendo ocorrer manifestações no adulto jovem segundo Huntsman et al. publicado em 2005. A manifestação de sinais e sintomas ocorre de forma aguda ou subaguda, com, em alguns casos, episódios febris como surgimento prodrômico (ADAMS; VICTOR; ROPPER, 1998), já que a instalação da patologia comumente ocorre após um estresse metabólico, como infecções ou cirurgias. (BERKOVIC et al., 1987; ADAMS; VICTOR; ROPPER, 1998; FERNANDES, 2001).

A doença possui evolução progressiva e insidiosa, quando se manifesta tardiamente. Quando se manifesta com o paciente na infância, a forma mais comum se apresenta com evolução de forma surto-remissão. (BERKOVIC et al., 1987; HUNTSMAN et al., 2005;).

Suspeita-se de SL quando houver uma associação de anormalidades de nervos cranianos, disfunção respiratória e ataxia, associadas ao atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, hipotonia, crises convulsivas, alterações da visão (nistagmo e oftalmoplegia externa progressiva – tipo de estrabismo), sinais piramidais, cardiopatia hipertrófica, níveis elevados de lactato de alanina no sangue e/ou e retinite pigmentosa. (SHOFFNER, 1999; MERRITT, 2011). Estes fatores clínicos se devem às lesões, primordialmente no Sistema Nervoso Central, que podem ser encontradas na imagem de ressonância magnética. (ALBAYRAM et al., 2004; KIRTON et al., 2005).

Para confirmar o diagnóstico, pode ser feito teste molecular gênico de DNA, retirado de uma amostra sanguínea. No entanto, este não se faz preciso devido à elevada gama de mutações que levam à doença. (KIRTON et al., 2005).

### **Conclusão**

Observamos na realização desse trabalho que os dados e estudos referentes ao tema são poucos e superficiais, por se tratar de uma doença de rara incidência. Dessa maneira, nosso estudo visa uma maior investigação e esclarecimento da moléstia, que proporciona um conhecimento mais abrangente aos profissionais médicos de suas características, auxiliando assim no diagnóstico e tratamento desta.



**Referência**

ADAMS, R.D.; VICTOR, M.; ROPPER, A.H. Neurologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1998. p. 612-53.

AKAGI, M. et al. A point mutation of mitochondrial ATPase 6 gene in Leigh syndrome. Neuromuscul Disord. Jan; v. 12, n. 1, p. 53-5, 2002.

ALBAYRAM, S. et al. Diffusion-weighted MR imaging findings of acute necrotizing encephalopathy. AJNR. v. 25, p. 792-797, 2004.

BERKOVIC, S.F. et al. Progressive dystonia with bilateral putaminal hypodensities. Arch Neurol. v. 44, p. 1184-1187, 1987.

FERNANDES, A.R. Uma revisão clínico-laboratorial da síndrome de Leigh baseada em 7 casos (Dissertação). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandez Figueira. Departamento de Genética, 2001.

HUNTSMAN, R.J. et al. Atypical presentations of Leigh syndrome: a case series and review. Pediatr Neurol. v. 32, n. 5, p. 334-40, 2005 Review.

KIRTON, A. et al. Acute necrotizing encephalopathy in caucasian children: two cases and review of the literature. J Child Neurol. v. 20, p. 527-532, 2005.

LEIGH, D. Subacute necrotizing encephalomyelopathy in an infant. J Neurol Neurosurg Psychiatry. v. 14, n. 3, p. 216-21, 1951. Disponível em: << <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC499520/>>>, dia 11/09/2013, à 00:23.

MERRITT. Tratado de neurologia / editoria de Lewis P. Rowland, Timothy A. Pedley ; [revisão técnica José Luiz de Sá Cavalcanti, tradução Fernando Diniz Mundim. - 12. ed. – Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. p. 697-8.

SCHMULTZLER, K.M.R, S. et al. Encefalopatias crônicas progressivas. In: Carvalho ES S, Carvalho WB, organizadores. Terapêutica e prática pediátrica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1690-9.

SGARBI, G. et al. Inefficient coupling between proton transport and ATP synthesis may be the pathogenic mechanism for NARP and Leigh syndrome resulting from the T8993G mutation in mtDNA. Biochem J. May 1; v. 395, n. 3, p. 493-500, 2006.

SHOFFNER, J.M. Oxidative phosphorylation disease diagnosis. Ann NY Acad Sci. v. 893, p. 42-60, 1999.

Palavras-Chaves: Síndrome de Leigh, encefalopatia necrosante subaguda, doença mitocondrial, mutação.

**Síndrome de Stevens Johnson – Relato de Caso**

*Bruna Aguiar Portugal Viotti<sup>1</sup>; Gabriela Muniz De Souza Cesar<sup>1</sup>; Gabriela Oliveira Fernandes<sup>1</sup>; Julio Cezar Ferenzin<sup>2</sup>; Bruno Henrique Rala de Paula<sup>2</sup>.*

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

*2. Hospital Municipal Doutor Munir Rafful, Volta Redonda, RJ*

**Introdução:**

A síndrome de Stevens Johnson (SSJ) é uma reação cutânea grave, com potencial para morbidade e mortalidade elevadas, acometendo a pele e a membrana mucosa, caracterizada por exantema eritematoso disseminado, com acometimento centrífugo, lesões em alvo, acometimento de mucos aoral, ocular e genital. Alguns fatores podem ser predisponentes com o uso de medicamentos, susceptibilidade genética e doenças com ativação imune. Os sintomas iniciais são febre, ardência nos olhos e dor a deglutição. O diagnóstico é clínico com um pródromo de 7 à 14 dias com febre e sintomas não específicos. O quadro-cutâneo é autolimitado, com duração média de duas a seis semanas e geralmente não recorrente. As lesões acometem a face, pescoço e tronco, podendo evoluir para toda a pele. Geralmente poupa couro cabeludo. O sinal de Nikolsky pode estar presente em até 10%. O tratamento é feito com paciente internado, retira-se imediatamente as possíveis drogas causadoras da síndrome, controle hemodinâmico e antibióticoterapia profilática para germes colonizadores como pseudomonas ou para tratamento caso sinais de sepse ou infecção.

**Objetivos:**

O objetivo deste artigo é relatar o aparecimento de lesões eritematosas em região palmar, tronco e abdome que evoluíram para máculas eritematosas, pápulas eritemato-purpúricas e vesículas bolhosas ulcerativas em regiões de lábios, gengiva, língua e mucosa genital em uma paciente de 14 anos de gênero feminino.

**Relato de Experiência:**

B.G.F.O, 14 anos, negra, solteira, estudante, natural do Rio de Janeiro e residente em Volta Redonda foi encaminhada pelo CAIS do Conforto ao Hospital Munir Hafful no dia 22/08/2014 para investigação e tratamento de pápulas eritemato-purpúricas, maculas eritematosas com vesículas em todo o corpo incluindo palma de mãos e

pés. Associados a febre e descamação com crostas ulceradas de mucosa oral. A paciente relata que no dia 17 de agosto de 2014 apareceu uma pápula pruriginosa na vagina. No dia seguinte apareceram aftas dolorosas na mucosa oral e no dia 19 de agosto teve febre e iniciaram-se as lesões cutâneas. Inicialmente manchas eritematosas em região palmar que evoluíram para máculas eritematosas, pápulas eritemato-purpúricas e algumas com vesículas que atingiram o corpo todo. Ao exame físico na admissão a paciente encontrava-se prostrada queixando-se de dor em cavidade oral onde apresentava placas esbranquiçadas e genital com corrimento brancacento.

**Resultados:**

Foi solicitado parecer da dermatologia que sugeriu ser quadro de Síndrome Steven Jonhson. A paciente relatou uso de Buscopam composto e dipirona antes do início do quadro. A conduta foi corticoterapia, antibiotico, suspender dipirona e o buscopam composto. No referido paciente, optou-se em nosso serviço pelo uso de hidrocortisona, devido a exuberância do quadro, apesar de controverso na literatura. Houve melhora das lesões e a paciente obteve alta hospitalar no dia 29/08/2014.

**Conclusão:**

Foi relatado um caso de SSJ com resposta satisfatória ao tratamento com corticoterapia. Embora a síndrome de Stevens-Johnson seja um fenômeno patológico de ocorrência rara, apresenta implicações sérias que podem colocar em risco a vida do paciente.

**Referências Bibliográficas:**

AZULAY, Rubem David. **Dermatologia**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2008. 373p. SAMPAIO, Sebastião A. P; RIVITTI, Evandro A. **Dermatologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. 1154p. BULISANI, Ana Carolina Pedigoni et al. **Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. xvii, 1034 p.

Palavras-Chave: síndrome de Stevens-Johnson; eritema multiforme, farmacodermias.

[E-mail do autor principal: oliveiraf.gabi@hotmail.com](mailto:oliveiraf.gabi@hotmail.com)

**Sleeve Gástrico em Paciente com Situs Inversus Totalis**

*Marcela Souza Cruz Oliveira; Augusto Frederico Martins Lopes Oliveira; Paula Souza Cruz Oliveira; Camila Freire de Vasconcellos; Rafaela Ladeira da Silva Melo Campos Barreto; Wilson de Oliveira Junior*

*Hospital São João Batista/UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

*USS – Universidade Severino Sombra, Vassoura – RJ*

*Hospital Unimed Volta Redonda, Volta Redonda – RJ*

**Introdução:**

Situs inversus totalis é uma anomalia rara, que consiste em um erro na rotação durante o desenvolvimento embronário, e que pode apresentar dificuldades na gestão em cirurgia laparoscópica devido à anatomia de imagem espelhada. Embora o situs inversus totalis muitas vezes não comprometa a saúde ou expectativa de vida do paciente, é importante salientar a necessidade de cuidados e de exames complementares aos habituais em pacientes com esta síndrome.

**Objetivos:**

Relatar o caso de uma paciente de 36 anos portadora de Situs Inversus Totalis e submetida a uma cirurgia bariátrica com gastrectomia por sleeve para redução de peso.

**Relato de Experiência:**

Mulher, 36 anos, branca, casada, IMC de 38,37, moradora do interior do Rio de Janeiro. Apresentou-se com queixa de baixa auto-estima e dores constantes em membros inferiores devido ao excesso de peso, fez várias dietas sem sucesso. Refere péssimos hábitos alimentares, com ingesta de alimentos de baixo valor nutricional e alto valor calórico. Antecedentes pessoais: Hipertensa e diabética, gesta II para II. Nega alergias, etilismo e tabagismo. Ao exame: Lúcida e orientada, hidratada, corada, eupneica, acianótica, anictérica, afebril; Aparelho Respiratório e Circulatório dentro do padrão de normalidade para o Situs Inversus Totalis; Aparelho Digestivo: Abdome globoso, distendido, peristalse presente, indolor à palpação. Exames complementares: EDA com pesquisa de H. pylori positiva; Ecocardiograma: Câmaras preservadas, função sistólica e diastólica preservadas,

dextrocardia; USG Abdominal: Situs inversus totalis; Teste de função respiratória: Normal; Rx de tórax: Situs Inversus Totalis e ECG: Alterações difusas da repolarização ventricular, inespecíficas (dextrocardia). Paciente foi liberada para cirurgia, necessitando no pré-operatório de reposição de ferro e vitamina B12, assim como erradicação de H Pylori. Foi realizada a Sleeve gástrico por videolaparoscopia com ressecção gástrica vertical mais ligadura prévia dos vasos da curvatura maior, desde o antro, a 5 cm do piloro até o ângulo de His, mantendo o tubo gástrico de cerca de 3 cm de diâmetro relacionado à curvatura menor. No primeiro dia de pós-operatório paciente estava lúcida e orientada, referia dor de leve intensidade em região epigástrica. Corada, hidratada, anictérica, eupneica, normopirética e hemodinamicamente estável. No segundo dia de pós-operatório a paciente estava clinicamente estável, aguardando a alta hospitalar.

**Resultados:**

OSitus Inversus Totalis é uma condição congênita rara, de transmissão autossômica recessiva, e com uma prevalência de aproximadamente 1/10.000 nascimentos. A assimetria anatômica é estabelecida durante a embriogênese. Em muitos casos, a inversão de órgãos não diminui a expectativa de vida da pessoa, nem prejudica sua qualidade de vida. O Sleeve gástrico é um procedimento restritivo que consiste na remoção da grande curvatura do estômago, sem a necessidade de anastomoses e com menores risco de complicações quando comparado à outros procedimentos bariátricos.

**Conclusão:**

No Situs Inversus Totalis todos os órgãos do tórax e abdome estão localizados em posição oposta para onde normalmente são encontrados, criando-se uma imagem em espelho. Devemos atentar para o fato de que há doenças potenciais associados com situs inversus e também com a obesidade; portanto, uma investigação cuidadosa, incluindo uma radiografia de tórax e ultra-sonografias cardíacas e abdominais devem ser realizados antes da cirurgia.

**Referências Bibliográficas:**

1. Catheline JM; Rosales C; Cohen R; Bihan H; Fournier JL; Roussel J; Bénichou J. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy for a Super-Super-Obese Patient with Situs Inversus Totalis. **Obesity Surgery**. August 2006, Volume 16, pp 1092-1095.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

2. Supp DM. Mutation of an axonemal dynein affects left-right asymmetry in inversus viscerum mice. **Nature**. 1997;389:963-6.

3. Samaan M; Ratnasingham A; Pittathankal A, Hashemi M. Laparoscopic Adjustable Gastric Banding for Morbid Obesity in a Patient with Situs Inversus Totalis. **Obesity Surgery**. July 2008, Volume 18, pp 898-901.

4. Kosaki K. Genetics of human left-right axis malformations. **Semin Cell Dev Biol**. 1998;9:89-99.

Palavras-Chave:Sleeve Gástrico;Trombose de veia porta; Trombose de veia mesentérica; Cirurgia Bariátrica

**Relato de caso: Taquicardia Supraventricular Paroxística**

*Terezinha Eliza Ferreira Costa Panizzi; Iriana de Faria Ribeiro Pereira*

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

Taquicardia supraventricular paroxística (TSVP) é uma alteração do ritmo normal do coração (arritmia), resultando numa taxa rápida coração (taquicardia) de mais de 100 batimentos por minuto, o que ocorre espontaneamente e é esporádica (paroxística).

Em circunstâncias normais, as câmaras do coração (átrios e ventrículos) contraem de forma coordenada. O sinal de contração começa no nó sinusal (sinoatrial ou SA) e é levado através das câmaras superiores do coração (aurículas), para o restante do coração. Passa através do nó atrioventricular (AV), e em seguida, viaja através dos ventrículos (câmaras inferiores, maior), estimulando a contração.

A TSVP ocorre devido a alterações na via de condução eléctrica do coração. Os tipos de taquicardia que ocorrem dependem do local onde a mudança começa na via de condução. A TSVP pode começar nos átrios, no nó sinoatrial ou nó atrioventricular.

Os dois tipos de TSVP são taquicardia atrioventricular reentrante nodal e taquicardia atrioventricular por via alterativa. O tipo mais comum de TSVP é a atrioventricular reentrante nodal, que ocorre quando existe uma via de condução anormal dentro do nó AV ou próximo dela. A taquicardia por reentrada geralmente é desencadeada por um impulso atrial prematuro. Já a taquicardia atrioventricular por via alternativa ocorre quando é usado uma via de condução "atalho", que se manifesta em uma condição chamada síndrome de Wolff-Parkinson-White.

Uma doença pulmonar ou cardíaca subjacente pode causar taquicardia paroxística supraventricular. Ela pode ocorrer após um ataque cardíaco (infarto do miocárdio), após a intervenção cirúrgica no pulmão ou no coração, ou na presença de intoxicação digitálica. No entanto, a condução anormal observado no Wolff-Parkinson-White, podem ser adquiridos no nascimento (congénita).

### **Objetivo**

O objetivo do presente trabalho é apresentar um relato de caso sobre taquicardia supraventricular, incluindo uma discussão sobre a patologia, sua abordagem, tratamento e prevenção de complicações.

### **Metodologia/pesquisa bibliográfica**

Foi realizada pesquisa, de revisão bibliográfica, em que foram retiradas informações de livros e periódicos. A busca foi realizada em livros e nos portais *Scielo*, *PubMed* e nos sites de revistas pertinentes ao assunto utilizando como palavras-chave: taquicardia; supraventricular; arritmias; síndrome Wolff-Parkinson-Witthe.

### **Relato de caso**

RCC, 44 anos, dona de casa, natural de Volta Redonda-RJ, brasileira, caucasiana deu entrada no pronto-socorro do Hospital São João Batista no dia 15/08/2014.

Ao atendimento:

*Queixa principal:* “Dor precordial e palpitação”.

*História da doença atual:* Paciente com quadro de dor precordial associada a palpitações, de início súbito às 23 h do dia anterior. Relata ter sido acordada pela dor.

*História patológica pregressa:* HAS em uso regular de Enalapril. 02 episódios de palpitação prévios (08/08 e 13/08) sem procurar atendimento médico.

*Exame Físico:* À ectoscopia, paciente em bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica, lúcida e orientada no tempo e espaço.

*Aparelho cardiovascular:* Ritmo cardíaco regular em 2 tempos com bulhas normo-fonéticas, FC de 234 bpm, com PA de 100x70mmHg.

*Aparelho respiratório:* murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios.

*Abdomen:* Globoso, flácido, indolor à palpação e peristáltico.

*Hipótese diagnóstica:* Taquiarritmia / Taquicardia supraventricular.

*Conduta:* Exames complementares (ECG, HC, plaquetas, Uréia, Creatinina, PCR e enzimas cardíacas), administrou-se adenosina (com normalização da frequência cardíaca), internação para tratamento clínico e solicitou-se ecocardiograma.



Foi prescrito dieta hipossódica, acesso salinizado, Clexane 40 mg SC 01x ao dia, Ancoron 200 mg 01 cp VO 8/8h, Enalapril 5 mg 01 cp VO 12/12h, Sinvastatina 20 mg 02 cp VO às 22h, seguir protocolo de insulina pelo HGT antes das refeições, dipirona SOS, bromoprida SOS, atensina 0,100 mcg SOS, Iuftal 40 gts VO 6/6h e avaliação dos sinais vitais de 6/6 h.

Os resultados dos exames feitos foram os seguintes: ECG constatou taquicardia supraventricular sustentada, HT de 41, Hb de 13,6, Hemácias de 5,01, Leucócitos de 16.600, Eos de 1%, Bast de 1%, Seg de 75%, UR de 43, Creat de 0,9, plaquetas de 324.000, CK de 97 e CK-MB de 18.

No dia 18/08/2014, a paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, lúcida e orientada no tempo e espaço, em bom estado geral, eupneica em ar ambiente, acianótica, anictérica, corada, hidratada e afebril. Mantida a medicação, aguardará a realização de ecocardiograma e estudo eletrofisiológico do coração em casa, para descartar a presença de feixe anômalo de Kent, responsável pela Síndrome de Wolf Parkinson Witte. Recebe alta.

### **Discussão**

Taquiarritmias supraventriculares são alterações do ritmo cardíaco dependentes do nó sinusal, tecido atrial, nó atrioventricular ou vias acessórias extranodais para deflagrar e manter a arritmia. Arritmia com FC >100 bpm. Pode ser não sustentada, quando dura mais de 3 batimentos, porém, menos de 30 segundos. Ou sustentada, quando dura mais de 30 segundos, sendo interrompida com medicação intravenosa, superestimulação elétrica ou cardioversão elétrica.

Para desenvolver esta patologia o indivíduo precisa ter, desde o nascimento, uma dupla via nodal, ou seja, o nódulo atrioventricular apresentando duas vias de condução, com propriedades eletrofisiológicas diferentes.

Os sinais clínicos são: palpitações, ansiedade, dor precordial, sensação de peso no pescoço e no tórax, fadiga e dispneia. Síncope é rara e poliúria pode acontecer pela liberação do fator natriurético atrial. No exame físico pode ser observada a estase venosa jugular devido à contração atrial contra a valva tricúspide fechada.

Geralmente os episódios são repentinos em seu começo e término, podendo ser desencadeados por cafeína ou consumo de álcool o que difere, por exemplo, da taquicardia sinusal que se inicia e termina gradualmente.

O ritmo é considerado supraventricular se o “QRS” é estreito (< 120 ms), ou se o complexo “QRS” é largo associado a um bloqueio de ramo ou a uma aberrância frequência dependente.

Diante de uma TSV, é importante que se diferencie se os circuitos de reentrada estão no miocárdio atrial ou no nó atrioventricular; uma vez que as respostas das terapias que agem para aumentar a condução do nó serão diferentes.

As arritmias que não possuem a participação do nó atrioventricular em seus mecanismos (atividade deflagrada, hiperautomatismo) não vão se encerrar com tratamentos que atrasam a condução atrioventricular.

As taquicardias ectópicas atriais, taquicardias juncionais, taquicardias multifocais atriais são mais difíceis de tratar, pois não respondem à cardioversão e a opção é o controle da resposta ventricular.

O médico deve estar atento para as taquiarritmias com frequência cardíaca  $\geq 150$  bpm, que de fato podem ser ameaçadoras e potencialmente capazes de provocar instabilidades. O primeiro esforço é determinar se a taquicardia é a causa primária dos sintomas.

Como a hipóxia é uma causa comum de taquicardia, o emergencista deve avaliar sinais clínicos de aumento de trabalho respiratório e os valores de saturação da oxihemoglobina através do oxímetro de pulso para identificar a necessidade de oxigênio suplementar estabelecendo monitorização cardíaca e acesso venoso.

Caso não haja sinais de instabilidade (hipotensão arterial com sinais de choque, insuficiência cardíaca aguda, rebaixamento do nível de consciência, dor característica de isquemia miocárdica e desconforto respiratório relacionado a congestão pulmonar), um eletrocardiograma de 12 derivações para melhor definição do ritmo pode ser realizado.

Cardioversão sincronizada imediata deve ser prontamente realizada na presença de qualquer dos sinais de instabilidade citados. Esse tratamento inicial deve contemplar as causas possivelmente reversíveis. Se o paciente se mantiver estável, há tempo hábil para o médico convocar a presença de um especialista e aguardá-lo, já que todo o tratamento pode ter complicações.

A manobra vagal é a opção inicial para as TSV paroxísticas com estabilidade hemodinâmica. Movimentos circulares no seio carotídeo, logo abaixo do arco da mandíbula, (palpa-se a cartilagem cricóide e deslizam se os dedos lateralmente até

encontrar o pulso carotídeo) por cerca de 5 a 10 segundos são capazes de reverter de 25% a 40% dos casos.

A adenosina, quando administrada por via venosa, causa bloqueio cardíaco transitório no nó atrioventricular. Este é mediado através do receptor A1, inibindo a guanilato ciclase e reduzindo o AMPc e assim causando hiperpolarização celular. Quando as TSV paroxísticas não respondem a manobra vagal está indicada a adenosina na dose de 6mg IV em *bolus* seguida de flush de solução fisiológica (classe I). Caso não ocorra a reversão da arritmia em 1 a 2 minutos deve ser realizada 12mg de adenosina da mesma forma descrita.

O uso de betabloqueadores e bloqueadores do canal de cálcio está recomendado com o tratamento acima não for bem sucedido ou se as taquicardias supraventriculares se forem recorrentes. Os bloqueadores do canal de cálcio agem no tecido nodal atrioventricular bloqueando sua condução e controlando a resposta ventricular ou encerrando o mecanismo de reentrada e revertendo o ritmo para sinusal. Os betabloqueadores, classe IIa, atuam no antagonismo do tônus simpático do tecido nodal resultando em diminuição da condução.

No caso acima descrito, a principal suspeita é que a paciente apresente a Síndrome de Wolff-Parkinson-White. A hipótese deve-se ao fato de o quadro coincidir amplamente com a patologia e esta ter alta prevalência.

A síndrome caracteriza-se por episódios de taquicardia relacionada com a presença de via acessória aurículo-ventricular (AV), a qual resulta de uma separação incompleta entre as aurículas e os ventrículos no decorrer do desenvolvimento fetal. Assim, em ritmo sinusal, o impulso pode ser conduzido pelo nó AV e/ou pela VA (de forma mais rápida), causando ativação ventricular precoce e, portanto, pré-excitação. Desta forma, o diagnóstico de síndrome de WPW é estabelecido pela presença de pré-excitação associada a taquiarritmias e constitui a apresentação mais frequente de pré-excitação ventricular.

O estudo eletrofisiológico apresenta grande potencial nesta patologia. Através dele é possível localizar a VA, determinar as suas características de condução, nomear a capacidade de condução anterógrada rápida, bem como definir o seu papel no mecanismo da arritmia, estimando o risco inerente.

No que se refere à abordagem terapêutica, não existe consenso para determinados grupos; no entanto, a ablação por radiofrequência é o tratamento de escolha para a maioria. Todavia, o risco cirúrgico é alto.

**Referências**

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier Ed., 2006.

KASPER, DL. et al. Harrison **Medicina Interna**, v.2. 16ª. Edição. Rio de Janeiro: McGrawHill, 2013.

SABIATALLO ET AL., Revista Brasileira de Clínica Médica – **Taquicardias supraventriculares na sala de emergência: uma revisão para o clínico**. São Paulo, 2012, pag. 508 a 512

**Palavras-chave**

Taquicardia; supraventricular; arritmias; síndrome Wolff-Parkinson-Witthe.

**Toxoplasmose Congênita que será apresentado no**  
**Congresso de Medicina Unifoa 2014**

*Priscila dos Santos Mageste, Maria Eduarda Alves Pio, Christine Justo da Costa,  
Amanda Pratti Ferreira*

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

**Introdução:**

A toxoplasmose é uma zoonose cujo agente etiológico é o *Toxoplasma gondii*, sendo que há em seu ciclo de vida complexo dois hospedeiros (o gato, como hospedeiro definitivo, e o homem, mamíferos e aves, como hospedeiros intermediários). A transmissão pode ocorrer de diversas formas, ocorrendo por ingestão de oocistos encontrados no solo, fezes, latas de lixo e nos alimentos contaminados; cistos teciduais encontrados nas carnes cruas e mal cozidas de porco, carneiro e bovinos, e por via transplacentária, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gravidez (FILHO, 2005 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Estudo indica que 90% das mães que apresentaram infecção aguda durante a gravidez são assintomáticas. (CANTOS, 2000). Nas crianças, a toxoplasmose pode passar despercebida no momento do nascimento, porém poderá se manifestar meses ou até anos depois, sendo as mais frequentes retinocoroidite e alterações neurológicas. (SPALDING et.al., 2003). Um dos aspectos mais graves da doença está nas lesões e sequelas oculares resultantes da retinocoroidite que pode se desenvolver em até 80% das crianças infectadas e não tratadas. Além disso, o parasita pode ficar latente por anos e ocasionar lesões oculares em qualquer época da vida dos indivíduos contaminados (SOARES, 2011). A toxoplasmose congênita ou suas sequelas podem ser evitadas pela prevenção primária (informações às gestantes suscetíveis sobre as fontes de infecção) e pela triagem sorológica pré-natal (identificação da toxoplasmose gestacional e posterior tratamento antimicrobiano para prevenir ou limitar a transmissão transplacentária e diagnóstico e tratamento fetal). (MORI, 2011). Este trabalho tem como objetivo revisar as consequências da toxoplasmose congênita na criança, evidenciando alterações oculares e neurológicas, bem como as formas de prevenção, uma vez que é uma protozoose preocupante por possuir ampla distribuição geográfica e por resultar em infecções fetais graves.

**Metodologia:**

Para o presente trabalho serão feitas revisões de literatura de artigos do *Scielo*, do *Pubmed* e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) dos últimos 20 anos com as palavras chave: toxoplasmose congênita, lesões oculares na toxoplasmose, lesões neurológicas na toxoplasmose. Pretende-se transformar o presente trabalho em um trabalho abrangente com a aplicação de um questionário para as mulheres grávidas a respeito das informações que possuem a respeito da doença.

**Relevância:**

A infecção causada pelo *Toxoplasma gondii* adquirida durante a gestação é de importância nas circunstâncias em que vivem a população, uma vez que é pode resultar em infecção fetal com graves seqüelas para a criança e está presente em amplo território. Desta forma, deve ser realizado o diagnóstico precoce através do exame do pré-natal e com adequado tratamento em caso positivo. E as gestantes suscetíveis acompanhadas com testes sorológicos ao longo da gestação e orientadas sobre as situações de risco da toxoplasmose congênita. Com o presente trabalho pretende-se saber se as mulheres grávidas sabem da existência da toxoplasmose congênita, a importância da realização do pré-natal e as conseqüências que podem ocorrer na criança. A idéia ao executar este trabalho é o da medicina centrada na pessoa, uma tendência de saúde pública.

**Referências Bibliográficas:**

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 6. ed. rev. Brasília: 2005, 320 p.

CANTOS, G. A. et.al. ;.Toxoplasmose: ocorrência de anticorpos antitoxoplasma gondii e diagnóstico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 4, p. 335-41, 2000.

CASTRO, F. C. et. al. Comparação de métodos para diagnóstico da toxoplasmose congênita. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 23, n. 5, 2001.

LOPES-MORI, F. M. R. et al. Programas de controle da toxoplasmose congênita. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 57, n. 5, p. 594-99, 2011.

SOARES, J. A. S. et. al. Achados oculares em crianças com toxoplasmose congênita. **Revista Brasileira de Oftamologia**. v. 74, n. 5, p. 255-7, 2011.

Palavras-chave: Toxoplasmose congênita, complicações, placenta.

## **Tratamento da Endometriose Pélvica e Fertilidade**

*Iriana de Faria Ribeiro Pereira*

*Unifoa – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

### **Introdução:**

A endometriose é uma patologia estrogênio dependente (Bulun., 2009). É definida como a presença de glândulas e estroma endometriais funcionantes fora da cavidade uterina, tendo sido descrita pela primeira vez em 1927, por Sampson, com a teoria da menstruação retrógrada (Freitas et al., 2011).

A fisiopatologia da endometriose é muito controversa, existindo diferentes teorias para descrevê-la. A mais aceita é a teoria da menstruação retrógrada, que explica o motivo da presença de tecido endometrial na cavidade peritoneal, associada com fatores genéticos, hormonais e imunológicos. (Kennedy et al., 2005).

De acordo com Parazzini, 2008, a endometriose é uma das doenças ginecológicas benignas mais comuns, estimando-se sua prevalência em 10%. No Brasil, a doença é o principal achado laparoscópico em pacientes com dor pélvica e o segundo diagnóstico entre mulheres com infertilidade (Palmadias , R., 1995)

A American Fertility Society classifica a endometriose levando em consideração o número, tamanho e localização das lesões e a existência de aderências para peritônio, trompas e ovários. Existem os estádios I, II, III e IV. O estádio I é superficial, com poucos implantes. O estádio II tem maior número de implantes e eles são mais profundos. O estádio III é a endometriose moderada, com implantes profundos, endometriomas e algumas aderências. O estádio IV é grave, tem muitos implantes profundos, grandes endometriomas e aderências firmes.

Até o momento, poucos estudos consistentes foram feitos com o intuito de se caracterizar as pacientes portadoras de endometriose. Sabe-se que o diagnóstico de endometriose é feito em 2% a 18% das pacientes assintomáticas submetidas à ligadura tubária. Porém, muito se pode aprender com a caracterização de pacientes portadoras de endometriose, pois, provavelmente, antecedentes familiares, pessoais, hábitos e estilo de vida podem influenciar no desenvolvimento da doença (Bellelis P. et al., 2011).



**Objetivos:**

O objetivo deste artigo de revisão é relacionar a endometriose pélvica à infertilidade, visando descrever o quadro clínico da doença, diagnóstico e tratamento. Sendo o último essencial para a tentativa de gravidez.

**Metodologia:**

A revisão bibliográfica foi realizada por meio das bases de dado PubMed, SciELO, LILACS e no livro de Rotinas em Ginecologia de Fernando Freitas et al, 2011. Na busca, foram utilizados os seguintes termos: endometriose pélvica, infertilidade, tratamento da endometriose pélvica, diagnóstico de endometriose pélvica. Foram utilizados textos datados entre 1995 e 2012.

Pesquisa qualitativa, classificada como Revisão de Literatura. Foram pesquisados artigos nacionais e internacionais.

**Discussão:**

**ENDOMETRIOSE PÉLVICA E FERTILIDADE:**

Estudos relatam que 30% a 50% das mulheres com endometriose são inférteis, sugerindo um papel da doença na etiopatogênese da infertilidade. Outros autores que a taxa de fecundidade em mulheres com endometriose é menor do que naquelas com infertilidade idiopática, sugerindo que a doença causa infertilidade (Donnez J. et al., 2003).

A conclusão a que se chega com os estudos hoje disponíveis é que, mesmo não tendo total conhecimentos do mecanismo, a endometriose está intimamente ligada à infertilidade.

**Quadro-Clínico:**

De acordo com Freitas et al., 2011, os principais sintomas da endometriose pélvica são: dismenorrea, dispareunia, sangramento uterino anormal. Uma parcela das pacientes com endometriose é assintomática.

Dismenorréia é a dor em região pélvica em cólica durante o período menstrual. Pode ser classificada em leve, moderada, severa e incapacitante, quando, respectivamente, melhora sem medicação analgésica, melhora com analgésicos, não melhora completamente com analgésicos, mas não impede a paciente de exercer suas atividades habituais e não melhora e impede a paciente de exercer suas atividades habituais (Abrão e Padgaec, 2010).



Dispareunia é dor durante a relação sexual. É dividida em dispareunia de penetração, que se pode relacionar a vulvovaginites e vaginismo, e dispareunia de profundidade, em que a paciente refere dor no fundo da vagina, que se pode relacionar à endometriose, especialmente os casos de acometimento profundo da doença (Abrão e Padgaec, 2010).

**Diagnóstico:**

O exame físico é de mais valia na endometriose profunda, que apresenta maior probabilidade de demonstrar sinais clínicos. Ao toque bimanual, o útero fixo ou retrovertido, devido ao processo aderencial, é dado indireto para suspeita clínica (Freitas et al., 2011).

Dentre os exames complementares, pode ser realizada a ultrassonografia, dopplervelocimetria colorida, ultrassonografia transvaginal tridimensional, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, laparoscopia/histopatológico e dosagens de marcadores como o CA-125, proteína C reativa e anticorpos anticardiolipinas (Moura *et al.*, 1999).

Atualmente, a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética são os principais exames não invasivos recomendadas para o diagnóstico e a localização da doença. A avaliação ultrassonográfica da pelve é o método inicial de escolha para a identificação e caracterização de componentes císticos anexiais. O ultrassom transabdominal é usado para a exploração de toda a pelve, seguido pelo ultrassom transvaginal para uma avaliação mais detalhada das estruturas anatômicas próximas à sonda endovaginal. Imagens de alta resolução podem ser obtidas via transvaginal utilizando-se uma sonda de 7,5 MHz. A acurácia diagnóstica pode ser aumentada com a avaliação Doppler (Bazot M. et al., 2007).

De acordo com Freitas et al., 2011, o diagnóstico final da endometriose é realizado por biópsia da lesão por meio de laparoscopia ou laparotomia. A laparoscopia é considerada padrão ouro, pois além de diagnosticar permite a visualização e a descrição das lesões, a coleta do material para avaliação histológica e também é uma forma de tratamento da doença. Todavia, é importante ressaltar que o método só deve ser utilizado após a investigação por meio de imagem.

O CA-125 é o marcador mais estudado em endometriose, seus níveis aumentam sempre que há menstruação, em toda mulher. Entretanto, pacientes com estágios avançados de endometriose tem maiores níveis do marcador. Até o momento o CA-

125 não conseguiu apresentar os índices adequados para ser considerado um bom de triagem e infertilidade. (Barcz, Kaminski, Marianowski, 2000).

O diagnóstico diferencial de endometriose é feito com aderências pélvicas, doença inflamatória pélvica, anomalias congênitas do trato reprodutivo e massas pélvicas. Além de síndrome do cólon irritável, cistite intersticial, fibromialgia e disfunções musculoesqueléticas do assoalho pélvico (Freitas et al., 2011).

**Tratamento:**

Neste ponto é importante salientar que não existe tratamento curativo para endometriose, o que se faz é um controle dos sintomas e cirurgia para retirada de tecido. O tratamento pode ser clínico e cirúrgico.

**Tratamento Clínico:**

A endometriose responde a hormônios, conseqüentemente, é inativada e regride na amenorreia induzida e menopausa. O tratamento clínico baseia-se na reprodução desses estados. Estrogênio e progesterona induzem a um estado endometrial de pseudogravidez através da secreção de gonadotrofinas, podendo ser usados isolados ou combinados entre si (Davis e McMillan.; 2003).

O tratamento consiste na administração de um comprimido por dia, de forma contínua ou cíclica, durante seis a doze meses. Não existem evidências sobre a relação da forma de administração e a efetividade do tratamento da endometriose. Todavia, a forma contínua apresenta maior alívio da dismenorréia (Gerber et al., 2004).

Acetato de medroxiprogesterona (AMP), gestrinona, COC, Danazol e GnRH são igualmente eficazes no alívio da dor. A escolha terapêutica deve levar em consideração os efeitos adversos e o custo do medicamento. (Kennedy S., 2005).

O Dienogest é um novo progestágeno aprovado recentemente em alguns países europeus, Japão e alguns países latino-americanos como tratamento da endometriose. Ele reduz as lesões da endometriose ao criar um ambiente progestogênico contínuo com a redução moderada dos estrogênios circulantes. Não provoca hipoestrogenismo, sem atividade significativa androgênica, mineralocorticoide ou glicocorticoide (Sasagawa S. ET al., 2008)

Após a comprovação de que o Dienogest era efetivo na dose de 2 mg/dia no tratamento da endometriose, Kohler et al. avaliaram se o DNG nas doses de 1, 2 ou 4 mg/dia eram eficazes e seguras. Os autores avaliaram mulheres com

endometriose histologicamente confirmada durante 24 semanas e a eficácia foi avaliada mediante um *second-look* laparoscópico e a resolução dos sintomas. O Dienogest reduziu o escore de endometriose de 11,4 para 3,6 no grupo que usou DNG na dose de 2 mg e de 9,7 para 3,9 no grupo de mulheres que usou o medicamento na dose de 4 mg. Em ambos os grupos houve melhoria dos sintomas. Já as mulheres que receberam 1 mg foram descontinuadas devido a problemas de sangramento incontrolável. Este estudo ratificou que a dose de 2 mg era a dose ótima para o tratamento da endometriose.

Levando-se em consideração a fertilidade, a supressão hormonal para melhorar a fertilidade em casos de endometriose leve e mínima não é efetiva, retarda a possibilidade de gravidez e não deve ser oferecida como única terapêutica (Navarro ET al., 2006).

Para mulheres que desejam fazer a fertilização in vitro, a administração de análogos do GnRH, entre 3 e 6 meses antes do procedimento, aumenta em quatro vezes a possibilidade de gravidez clínica (Sallan H. N., 2006).

#### Tratamento Cirúrgico:

A intenção da cirurgia é retirar a maior quantidade possível de tecido sem lesar a funcionalidade dos órgãos da pelve (Allaire C., 2006).

A laparoscopia é a cirurgia de escolha para endometriose devido ao fato de ser menos invasiva que uma laparotomia, além de apresentar menor perda sanguínea, tempo de recuperação mais curto, menor dor pós operatória e menor tempo de estada no hospital (Ekstein P., 2006).

A cirurgia pode ser conservadora, quando preserva a fertilidade, ou radical, quando leva à histerectomia e à salpingooforectomia bilateral. A radical necessita ser feita por laparotomia (Kennedy., 2005).

O tratamento pós-operatório com GnRH, por seis meses, reduz a dor causada pela doença. O Danazol ou agosnistas do GnRH no pós operatório não causam grande melhora na fertilidade. A terapia hormonal é recomendada paenas para pacientes que desejam realizar a fertilização in vitro após a cirurgia (Navarro ET al., 2006).

#### **Conclusão:**

Endometriose é uma patologia estrogênio dependente, com incidência em mulheres em idade fértil. Suas manifestações são dispareunia e irregularidade menstrual. A

importância em investigar-se a fisiopatologia e o tratamento mais rigorosamente deve-se ao fato de, na maioria das vezes, a endometriose levar à dor e infertilidade. A endometriose tem a fisiopatologia ainda pouco conhecida, sendo a teoria da menstruação retrógrada a mais bem aceita. Nota-se a necessidade de maiores estudos nessa área.

É uma patologia crônica, visto que sua cura ainda não está disponível. Entretanto, o tratamento clínico e cirúrgico vem possibilitando às mulheres engravidarem mesmo com a endometriose.

O Dienogest, um progestágeno específico para o tratamento da endometriose, na dose de 2 mg/dia, reduz as lesões ao criar um ambiente progestogênico contínuo com a redução moderada dos estrogênios circulantes porém não provocando hipostrogenismo, sem atividade significativa androgênica, mineralocorticoide ou glicocorticoide devido à união específica ao receptor apresenta bons resultados.

Conclui-se, então, que mesmo com uma boa atuação clínica a endometriose é uma patologia de caráter progressivo que está associada à infertilidade, além de ser recorrente. É indispensável a procura por uma terapêutica mais eficaz e que preserve a fertilidade da paciente.

#### **Referências Bibliográficas:**

ABRAO, M. S. et al. The sonography diagnosis of deep endometriosis. J. Ultrasound Med, v.28, n. 3, p. 408-409, 2009.

American Fertility Society. Revised American Fertility Society Classification of Endometriosis. Fertil Steril, 1985. 43: 351-352.

BAHAMONDES L., CAMARGOS A.. Dienogest: uma nova opção terapêutica em endometriose. FEMINA | Maio/Junho 2012 | vol 40 | nº 3: 155-159.

BAZOT M. et AL. Accuracy of magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography for the prediction of location of deep pelvic endometriosis. Hum. Reprod., v. 22, n. 5, p. 1457-1463, 2007.

BECH R. T. ET al., Endometriose- Aspectos Correlatos. FEMINA- Outubro 2006 vol. 34 nº 10: 673-680.

BIANCHI, P. H. et al. Extensive excision of deep infiltrative endometriosis before in vitro fertilization significantly improves pregnancy rates. J. Minim. Invasive Gynecol., v.16, n. 2, p. 174-180, 2009.

BULLUN, S. E. Endometriosis. N. Engl. J. Med., v. 360, n. 3, p 268 – 279, 2009.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

CHAPRON, C. et al. Routine clinical examination is not suficiente for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc., v. 9, n. 2, p. 115 – 119, 2002a.

DAVIS CJ, MCMILLAN L. Pain in endometriosis: effectiveness of medical and surgical Management. Curr Opin Obstet Gynecol 2003;15:507–512

DONNEZ J. ET al. Laparoscopic management of peritoneal endometriosis, endometriotic cysts, and rectovaginal adenomyosis. Ann N Y Acad Sci. 2003;997:274-81.

KENNEDY S. ET al. ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Hum Reprod. 2005;20(10):2698-704

MARTIN, D. C.; BATT, R. E. Retrocervical, retrovaginal pouch, and rectovaginal septum endometriosis. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc., v. 8, n.1, p. 12-17, 2001.

MATZUK, M. M.; LAMB, D. J. The biology of infertility: research advances and clinical challenges. Nat. Med., v. 14, n. 11, p. 1197 – 1213, 2008.

MOURA, Marcos Dias et al. Avaliação do Tratamento Clínico da Endometriose. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Mar 1999, vol.21, no.2, p.85-90. ISSN 0100-7203

PALMADIAS, E et al. Indicações e achados diagnósticos em laparoscopias ginecológicas no Hospital de Clínica de Porto Alegre. Ver. ATM, v. 95, n. 11, p. 11-16, 1995.

BELLELLIS P., et al. 458. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(4):456-461

Rotinas em Ginecologia. FREITAS, f. et al. Sexta Edição, 2011. Exemplar 5. Editora Artmed, Porto Alegre.

SALLAN HN, Garcia-Velasco JA, Dias S, Arici A. Long-term pituitary down-regulation before in vitro fertilization (IVF) for women with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2006;25(1):CD00463.

SASAGAWA S, Shimizu Y, Kami H, Takeuchi T, Mita S, Imada K, et al. Dienogest is a selective progesterone receptor agonist in transactivation analysis with potent oral endometrial activity due to its efficient pharmacokinetic profile. Steroids 2008;73(2):222-31.

WINKEL CA. Evaluation and management of women with endometriosis. Obstet Gynecol 2003;102:397-408.

PALAVRAS CHAVE: endometriose pélvica, infertilidade, tratamento da endometriose pélvica, diagnóstico de endometriose pélvica.

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

## **Tratamento do Melasma**

*Amanda Moreira Pimentel<sup>1</sup>; Carolina Seabra Pacheco Gabrielli Alcântara<sup>1</sup>; Juliana*

*Oliveira da Silveira<sup>1</sup>; Maria Inês Pimentel<sup>2</sup>*

*Acadêmica interna do curso de Medicina do UniFOA*

*Professora e médica do UniFOA*

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

### **Introdução:**

Melasma é uma hipermelanose comum, adquirida, simétrica, caracterizada por máculas acastanhadas, mais ou menos escuras, de contornos irregulares, porém geralmente de limites nítidos, nas áreas fotoexpostas, especialmente, face (fronte, têmporas, regiões malares e, mais raramente, no nariz, pálpebras, mento) e membros superiores<sup>1,2</sup>. É consenso na literatura que o melasma é uma doença dermatológica facilmente diagnosticada ao exame clínico, porém, apresenta uma cronicidade característica, com recidivas frequentes, grande refratariedade aos tratamentos existentes e ainda muitos aspectos fisiopatológicos desconhecidos, o que torna o tema de grande importância para a investigação científica.

### **Objetivos:**

Fazer uma revisão da literatura recente visando o tratamento do melasma. Sendo assim, pretende-se contribuir para o entendimento da terapia do melasma em seus aspectos mais atuais.

### **Metodologia:**

Pesquisa exploratória com revisão bibliográfica da literatura recente sobre o tema. Baseou-se em consulta das publicações nos bancos de dados LILACS (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library on line), MEDLINE e PubMed. Foram selecionados 30, dos 81 artigos acessados. O critério adotado para a seleção foi o foco no tratamento do melasma, utilizando como critério de exclusão a falta de qualidade metodológica dos mesmos. As publicações selecionadas foram submetidas à análise de conteúdo e categorização temática.

**Discussão:**

O diagnóstico pode ser feito através do exame dermatológico, mas podem ser utilizados exames complementares como histopatologia e imunohistoquímica, morfometria, estereologia, fotografia digital, luz de Wood, biometria, microscopia confocal e profilometria óptica<sup>3,4</sup>. Existem três padrões de distribuição das lesões no exame clínico: centro-facial (63%), malar (21%) e mandibular (16%). O exame pela luz de Wood permite a classificação do melasma em quatro tipos: epidérmico, dérmico, misto e inaparente<sup>5</sup>.

O melasma é de difícil tratamento, que inclui agentes hipopigmentantes, peelings químicos, laser e uso de protetor solar. Devido à fisiopatogenia pouco conhecida do melasma, há muitas pesquisas sobre novos princípios ativos para seu tratamento, como o ácido ascórbico, a hidroquinona e o extrato de uva-ursi, e também análises da eficácia dos já utilizados nas diferentes formulações<sup>6</sup>.

**Conclusão:**

Essa revisão bibliográfica teve como finalidade levantar os principais aspectos clínicos relacionados ao melasma e relatar estratégias de tratamento para a doença. Considerando tudo o que foi abordado e desenvolvido ao longo do estudo, percebe-se com nitidez que embora o melasma seja diagnosticado com facilidade, tem recidivas frequentes e grande refratariedade aos tratamentos.

**Referências Bibliográficas:**

1. BOLOGNIA JL, Orlow SJ. Melanocyte biology. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. **Dermatology**. v. 1. New York: Mosby; 2003.
2. SANCHEZ NP, Pathak MA, Sato S, Fitzpatrick TB, Sanchez JL, Mihm MC Jr. Melasma: a clinical, light microscopic, ultrastructural, and immunofluorescence study. **J Am Acad Dermatol**. 1981;4:698-710.
3. CATORZE, Maria Goreti. Laser: fundamentos e indicações em dermatologia. **Med Cutan Lat AM** 37(1): 5-27, 2009.
4. MANELA-AZULAY, Mônica; Cuzzi, Tullia; Pinheiro, Joana Cunha Araújo; Azulay, David Rubem; Rangel. Giuliana Bottino. Métodos objetivos para análise de estudos em dermatologia cosmética. **An. Bras. Dermatol**. 85 (1), Jan/Fev 2010.
5. KATSAMBAS A, Antoniou Ch. Melasma. Classification and treatment. **J Eur Acad Dermatol Venereol**. 1995;4:217-23.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

6. TEDESCO, Ionice Remião; Adriano, Jerusa; Daniela da Silva. Produtos cosméticos despigmentantes nacionais disponíveis no mercado. Santa Catarina. Trabalho acadêmico graduação. **Curso de tecnologia em cosmetologia e estética da universidade do Vale do Itajaí**. 2007.

**Palavras-chave:** pigmentação da pele, transtornos da pigmentação, melasma, tratamento do melasma.

[amandampimentel9@gmail.com](mailto:amandampimentel9@gmail.com)



## **Toxoplasmose Congênita**

*Priscila dos Santos Mageste, Maria Eduarda Alves Pio, Christine Justo da Costa,  
Amanda Pratti Ferreira*

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

### **Introdução:**

A toxoplasmose é uma zoonose cujo agente etiológico é o *Toxoplasma gondii*, sendo que há em seu ciclo de vida complexo dois hospedeiros (o gato, como hospedeiro definitivo, e o homem, mamíferos e aves, como hospedeiros intermediários). A transmissão pode ocorrer de diversas formas, ocorrendo por ingestão de oocistos encontrados no solo, fezes, latas de lixo e nos alimentos contaminados; cistos teciduais encontrados nas carnes cruas e mal cozidas de porco, carneiro e bovinos, e por via transplacentária, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gravidez (FILHO, 2005 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Estudo indica que 90% das mães que apresentaram infecção aguda durante a gravidez são assintomáticas. (CANTOS, 2000). Nas crianças, a toxoplasmose pode passar despercebida no momento do nascimento, porém poderá se manifestar meses ou até anos depois, sendo as mais frequentes retinocoroidite e alterações neurológicas. (SPALDING et.al., 2003). Um dos aspectos mais graves da doença está nas lesões e sequelas oculares resultantes da retinocoroidite que pode se desenvolver em até 80% das crianças infectadas e não tratadas. Além disso, o parasita pode ficar latente por anos e ocasionar lesões oculares em qualquer época da vida dos indivíduos contaminados (SOARES, 2011). A toxoplasmose congênita ou suas sequelas podem ser evitadas pela prevenção primária (informações às gestantes suscetíveis sobre as fontes de infecção) e pela triagem sorológica pré-natal (identificação da toxoplasmose gestacional e posterior tratamento antimicrobiano para prevenir ou limitar a transmissão transplacentária e diagnóstico e tratamento fetal). (MORI, 2011). Este trabalho tem como objetivo revisar as consequências da toxoplasmose congênita na criança, evidenciando alterações oculares e neurológicas, bem como as formas de prevenção, uma vez que é uma protozoose preocupante por possuir ampla distribuição geográfica e por resultar em infecções fetais graves.

**Metodologia:**

Para o presente trabalho serão feitas revisões de literatura de artigos do *Scielo*, do *Pubmed* e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) dos últimos 20 anos com as palavras chave: toxoplasmose congênita, lesões oculares na toxoplasmose, lesões neurológicas na toxoplasmose. Pretende-se transformar o presente trabalho em um trabalho abrangente com a aplicação de um questionário para as mulheres grávidas a respeito das informações que possuem a respeito da doença.

**Relevância:**

A infecção causada pelo *Toxoplasma gondii* adquirida durante a gestação é de importância nas circunstâncias em que vivem a população, uma vez que é pode resultar em infecção fetal com graves seqüelas para a criança e está presente em amplo território. Desta forma, deve ser realizado o diagnóstico precoce através do exame do pré-natal e com adequado tratamento em caso positivo. E as gestantes suscetíveis acompanhadas com testes sorológicos ao longo da gestação e orientadas sobre as situações de risco da toxoplasmose congênita. Com o presente trabalho pretende-se saber se as mulheres grávidas sabem da existência da toxoplasmose congênita, a importância da realização do pré-natal e as conseqüências que podem ocorrer na criança. A idéia ao executar este trabalho é o da medicina centrada na pessoa, uma tendência de saúde pública.

**Referências Bibliográficas:**

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 6. ed. rev. Brasília: 2005, 320 p.

CANTOS, G. A. et.al. ;.Toxoplasmose: ocorrência de anticorpos antitoxoplasma gondii e diagnóstico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 4, p. 335-41, 2000.

CASTRO, F. C. et. al. Comparação de métodos para diagnóstico da toxoplasmose congênita. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 23, n. 5, 2001.

LOPES-MORI, F. M. R. et al. Programas de controle da toxoplasmose congênita. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 57, n. 5, p. 594-99, 2011.

SOARES, J. A. S. et. al. Achados oculares em crianças com toxoplasmose congênita. **Revista Brasileira de Oftamologia**. v. 74, n. 5, p. 255-7, 2011.

Palavras-chave: Toxoplasmose congênita, complicações, placenta.

**Trombose de Veia Porta e Mesentérica Superior após Sleeve**

*Marcela Souza Cruz Oliveira; Augusto Frederico Martins Lopes Oliveira; Paula Souza Cruz Oliveira; Camila Freire de Vasconcellos; Rafaela Ladeira da Silva Melo Campos Barreto; Wilson de Oliveira Junior*

*Hospital São João Batista/UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ*

*USS – Universidade Severino Sombra, Vassouras – RJ*

*Hospital Unimed Volta Redonda, Volta Redonda – RJ*

**Introdução:**

A trombose da veia porta e mesentérica é raramente observada após a cirurgia bariátrica laparoscópica. Entre as operações bariátricas, a gastrectomia vertical – ou Sleeve – está sendo realizada com frequência cada vez maior, pois consiste em uma cirurgia restritiva com menores complicações. É necessário um alto índice de suspeita para diagnosticar esta rara, mas potencialmente letal, complicação.

**Objetivos:**

Relatar o caso de uma paciente de 29 anos, submetida à gastrectomia vertical redutora, ou Sleeve, que no pós operatório evoluiu com trombose de veia porta e de veia mesentérica superior.

**Relato de Experiência:**

Mulher, 29 anos, natural do estado do Rio de Janeiro, foi submetida à gastrectomia vertical redutora indicada devido à obesidade grau II, esteatose hepática e dislipidemia. No décimo segundo dia de pós operatório, apresentou dor abdominal súbita refratária à medicação oral, associada a náuseas e diarreia, quando então procurou atendimento hospitalar. Foi feita TC de abdome devido à intensidade da dor, e foi diagnosticada com trombose de veia porta e mesentérica superior. Paciente referiu uso de anticoncepcional, negou tabagismo. Pai com história de TVP de membro inferior. No pré e pós operatório, foi feita profilaxia tromboembólica. Após diagnóstico por imagem, foi admitida no CTI, iniciado protocolo de tromboembolismo e monitorizada para pesquisa de isquemia intestinal. Segue sem dor, com introdução da dieta, e apresenta melhora da diarreia.

**Resultados:**

A trombose de veia de porta se caracteriza por uma obstrução venosa portal causada por coágulo sanguíneo. A prevalência da forma primária, não associada à cirrose ou tumor está estimada entre 1 e 9/100.000. As causas mais frequentes desta patologia são cirrose avançada e tumores malignos em adultos. Na ausência destes, pode ser causada por inflamação intra-abdominal ou ser associada com um estado pré-trombótico generalizado causado por: uma síndrome mieloproliferativa (25% dos casos), mutações G20210A no gene do fator II (protrombina) (10% dos casos), síndrome antifosfolípeios, ou por deficiências de antitrombina, proteína C, proteína S ou fator V de Leiden. A trombose venosa mesentérica é uma entidade rara, que representa cerca de 10 a 15% das isquemias mesentéricas, em 95% dos casos afeta a veia mesentérica superior. A sua apresentação é sutil e insidiosa, o que dificulta o seu diagnóstico numa fase inicial. Na maioria dos casos identifica-se um ou mais fatores etiológico subjacentes, dentre eles incluem-se os estados de hipercoagulabilidade hereditários, déficit de inibidores da coagulação ou aumento do nível e função de fatores de coagulação ou ainda adquiridos como as neoplasias, uso de contraceptivos orais, síndrome antifosfolipídico, doença inflamatória intestinal, hipertensão portal ou, ainda, após traumatismo ou cirurgia abdominal. O reconhecimento adequado e rápido destas situações permite instituir medidas terapêuticas eficazes, que resultam em diminuição da morbimortalidade do paciente.

**Conclusão:**

O caso visa alertar para uma patologia pouco frequente, que deve ser lembrada por ter sinais e sintomas comuns, de complicações pós-operatórias na cirurgia abdominal. Cabe ressaltar a importância do diagnóstico e tratamento precoce, com ênfase no followup.

**Referências Bibliográficas:**

1. Kumar S, Sarr MG, Kamath PS. Mesenteric venous thrombosis. **N Engl J Med.** 2001; 345(23): 1683-8.
2. Rosenberg JM; Tedesco M; Yao DC; Eisenberg D. Portal vein thrombosis following laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity. **JLS.** 2012. 16(4): 639-43.
3. Morasch MD, Ebaugh JL, Chiou AC, Matsumura JS, Pearce WH, Yao JS. Mesenteric venous thrombosis: a changing clinical entity. **J Vasc Surg.** 2001; 34: 680-4.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

Palavras-chave: Sleeve Gástrico; Trombose de veia porta; Trombose de veia mesentérica; Cirurgia Bariátrica.

**Trombose de veia porta: um relato de caso**

*Bruno Marini<sup>1</sup>; Pedro do Carmo Ferraz<sup>1</sup>; Janine Capobiango Martins<sup>3</sup>; Luciana Ferreira de Oliveira<sup>4</sup>; Bruno Henrique Rala de Paula<sup>2</sup>; Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá*

*<sup>2</sup>Médico Residente em Clínica Médica – Hospital Municipal Munir Rafful*

*<sup>3</sup>Médica Residente em Clínica Médica – Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

*<sup>4</sup>Médica, preceptora no Hospital Municipal Munir Rafful*

**Introdução:**

A trombose de veia porta (TVPo) é uma situação rara e insidiosa que está associada com aumento da morbimortalidade. Trata-se de uma obstrução do fluxo sanguíneo pela presença de um coágulo no lúmen deste vaso. A doença que pode levar inclusive o paciente não cirrótico à hipertensão portal é de natureza vascular, sendo classificada de acordo com a localização da resistência ao fluxo sanguíneo, podendo ser pré-hepática, intra-hepática ou pós-hepática, sendo a intra-hepática dividida em pré-sinusoidal, sinusoidal e pós-sinusoidal. A etiologia da TVPo aguda está baseada na Tríade de Virchow: estase venosa, estado de hipercoagulabilidade e lesão endotelial, além de processos inflamatório, traumatismo ou cirurgias abdominais e causas idiopáticas. A fisiopatologia ainda não é conhecida, mas admite-se que decorra da combinação de fatores pré-trombóticos e locais. As manifestações clínicas de TVPo aguda são geralmente assintomática ou inespecíficas. Nos casos crônicos, as manifestações surgem dos mecanismos compensatórios. Os métodos mais comuns de diagnóstico são a USG abdominal com Doppler e a TC abdominal com contraste. A endoscopia digestiva alta é utilizada para verificar a presença de varizes esofagianas. Deve-se excluir as doenças mieloproliferativas, tumores malignos, distúrbios de coagulação, entre outras doenças que possam promover o estado de hipercoagulabilidade. Existem, na literatura, diferentes sugestões para a abordagem terapêutica da trombose do sistema portal, que incluem desde o tratamento conservador, uso de anticoagulantes e trombolíticos, manipulação do sistema portal através de radiologia intervencionista e até intervenção cirúrgica. Estes métodos terapêuticos dependem da etiologia, da extensão, da repercussão clínica e do momento do diagnóstico da trombose portal.

**Objetivo:**

relatar o diagnóstico e tratamento de uma TVPo, revisando artigos da bibliografia com foco no tratamento desta patologia.

**Relato de caso:**

J.M.A.S., 37 anos, masculino, autônomo. Deu entrada no Pronto Socorro de um hospital terciário com edema em membros inferiores 3+/4+ e dispnéia moderada. Relatava Insuficiência renal crônica e Hipertensão arterial sistêmica em tratamento há mais de dez anos. Durante internação clínica, foi questionada a possibilidade de HAS secundária, devido a idade do paciente no momento do diagnóstico de tais patologias. USG abdome total mostrou cavernoma da veia porta com fluxo hepatofugal na veia esplênica, recanalização da veia umbilical no ligamento suspensor do fígado com fluxo hepatofugal no seu interior, considerando a possibilidade de esquistossomose. Testes para *Schistosoma mansoni* negativos. Angiotomografia de abdome elucidou sinais de hipertensão portal por trombose da veia porta direita e ramos segmentares da veia porta esquerda com esplenomegalia e formação de extensas colaterais mesentéricas e periesplênicas. Realizada pesquisa de causas trombóticas, sendo encontrada Homocisteína em níveis muito elevados. O paciente foi anticoagulado com Warfarin e encaminhado ao serviço de hematologia, bem como adequação do tratamento para IRC e HAS. Cirurgia vascular orientou tratamento clínico e acompanhamento ambulatorial.

**Conclusão:**

TVPo tem um diagnóstico fácil, porém a causa pode ser de difícil detecção. O tratamento não deve ser padronizado e requer uma avaliação cautelosa de cada paciente. O seguimento de paciente cirrótico é importante para prevenir sangramento das varizes esofagianas.

**Referência Bibliográfica:**

ALVES, RLJ; MACEDO, FA.; LATORRE, MV; PAULA, BHR; BARRADAS, F; TAVARES, M. Trombose de veia porta: revisão de literatura e relato de caso. Cadernos UniFOA. Volta Redonda, Ano VII, n. 18, abril 2012.

Ponziani FR, Zocco MA, Campanale C, Rinninella E, Tortora A, Di Maurizio L, Bombardieri G, De Cristofaro R, De Gaetano AM, Landolfi R, Gasbarrini A. Portal vein thrombosis: Insight into physiopathology, diagnosis, and treatment. World J Gastroenterol 2010; 16(2): 143-155.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

Schettino GC, Fagundes ED, Roquete ML, Ferreira AR, Penna FJ. Portal vein thrombosis in children and adolescents. J Pediatr (Rio J). 2006; 82:171-8.

Palavras-chave: Trombose de veia porta; hipertensão portal; obstrução venosa extra-hepática; homocisteína.



**Tumor Estromal (GIST) de Antro Gástrico**

*Celso José Cobianchi Filho; Rafaela Ladeira da Silva Melo Campos Barreto; Marcelo  
Betim Paes Leme; Marcela Souza Cruz Oliveira; Evandro de Moraes e Silva*

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

**Introdução:**

Os tumores estromais constituem as neoplasias mesenquimais mais comuns do tubo digestivo. Originam-se primariamente das células intersticiais de Cajal, localizadas na camada muscular própria e ao redor do plexo mioentérico de todo o trato gastrointestinal, responsáveis pelas contrações peristálticas. Localizam-se com maior frequência no estômago (60%), sendo mais comum na porção proximal.

**Objetivos:**

Este relato de caso descreve um GIST de antro gástrico.

**Relato de Experiência:**

Mulher, 60 anos, branca, diabética e hipertensa, foi admitida com queixa de epigastria e dor lombar. Internada para investigação diagnóstica, a ultrassonografia abdominal demonstrou massa heterogênea arredondada que se relaciona com o corpo pancreático, medindo 89x74x68 mm e volume total de 240 cm<sup>3</sup>. A tomografia computadorizada de abdome demonstrou massa de baixa densidade, contorno regular, com origem na parede gástrica, medindo 8,4 cm. No ato operatório, foi encontrada massa tumoral lisa e circunscrita em parede gástrica, comprometendo a pequena curvatura e a incisura angular. Realizou-se antrectomia, com confecção de Y de Roux com anastomose gastro-jejunal término-lateral. A evolução pós-operatória foi satisfatória. O exame histopatológico demonstrou neoplasia de células fusiformes. A análise imunohistoquímica revelou CD117 (Kit) e CD34 difusamente positivos, que associada aos aspectos histológicos concluiu tratar-se de tumor estromal gastrointestinal.

**Resultados:**

Os tumores estromais expressam a proteína Kit (CD117), um receptor transmembrana responsável por várias funções celulares. No GIST, a mutação no gene Kit leva a uma ativação constitutiva, causando um estímulo sem oposição para

proliferação celular. Os GISTs que não apresentavam esta mutação, apresentam mutações em um gene homólogo: PDGFR $\alpha$ . Estas mutações, presentes em 85% a 90% dos GISTs, resultam em oncoproteínas que são utilizadas no diagnóstico e como alvo terapêutico. A maioria dos GISTs também é positiva para o CD34. Não há sistema atual de estadiamento para GIST, mas fatores como alta frequência mitótica, atipia celular, necrose ou invasão local, e tamanho do tumor acima de 5cm representam alto grau de malignidade. O tratamento do GIST não metastático consiste na ressecção marginal do estômago (com margens de 1 a 2 cm) checadas por congelação. Não há benefício da ressecção alargada de tecidos não envolvidos. A metástase linfática é rara, por isso dispensa linfadenectomia. A conduta padrão após a ressecção completa é a observação. Muitos pacientes apresentam recidiva apesar da ressecção cirúrgica completa do tumor primário. De acordo com a literatura, somente 10% dos pacientes estão livres de doença após 10 anos de acompanhamento.

#### **Conclusão:**

Os GISTs são raras neoplasias mesenquimatosas do trato gastrointestinal, com uma incidência anual de 11 a 15 casos por milhão nos estudos baseados na população caucasiana. São tumores CD 117 (kit) positivos (90%), produzidos por mutação genética. O diagnóstico baseia-se na morfologia e no perfil imunohistoquímico. A ressecção cirúrgica é o tratamento principal, e a linfadenectomia não deve ser realizada por rotina, já que as metástases para os gânglios linfáticos são raras. Quanto à terapia adjuvante, faltam estudos que demonstrem o benefício da mesma.

#### **Referências Bibliográficas:**

1. Valadão M, Linhares E, Castro L, Pinto C E, Lugão R, Quadros C, Martins I. GIST gástrico – Experiência do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2004; 50(2): 121-126
2. Valadão M, Linhares E, Mali J, Sousa J, Stoduto G. Novas perspectivas do tratamento do GIST. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2006; 52(4): 373-379.
3. Graadt van Roggen JF, van Velthuysen ML, Hogendoorn PC. The histopathological differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumours. **J Clin Pathol** 2001; 54:96.
4. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors--definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. **Virchows Arch** 2001; 438:1.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

5. Liegl-Atzwanger B, Fletcher JA, Fletcher CD. Gastrointestinal stromal tumors. **Virchows Arch.** 2010;456:111–127.

Palavras-Chave: GIST, tumor estromal, estômago, gastrectomia

[celso\\_cobianchi@hotmail.com](mailto:celso_cobianchi@hotmail.com)

**Uso do Alisquireno para prevenção de nefropatia diabética**

*SANTOS, Thalita Alves Morgado dos Santos; LEITE, Patricia Marques; ABDO, Thereza Pascal; FERRAZ, Rafaela Pinto; OLIVEIRA, Priscilla Hidalgo de Araujo.*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta redonda*

**Introdução**

Sabemos que hoje no Brasil a população de pacientes diabéticos que apresentam nefropatia são de 70% sendo que outras comorbidades como hipertensão e obesidade completam juntas “x%”. Desta maneira, torna-se de extrema relevância a detecção precoce da evolução dessas doenças por parte dos médicos clínicos, como mostraremos a partir de um relato de caso onde foi descoberta o início de uma nefropatia diabética silenciosa, ou seja, descoberta apenas por exames laboratoriais, e sendo que as demais patologias do paciente se mostravam estáveis e controladas por medicações.

**Objetivos:**

Avaliar a segurança e a redução da proteinúria com o Aliskireno associado ao Losartana em pacientes com hipertensão, diabetes tipo II e proteinúria comparado com Losartana isoladamente.

**Metodologia:**

O presente relato de caso foi realizado mediante consulta de prontuário clínico, consulta com paciente em questão e revisão da literatura. Foi incluso neste relato, visto na Policlínica Três Poços – Complexo da Universidade Fundação Oswaldo Aranha, Centro Universitário de Volta Redonda, o seguinte caso clínico: C. R. C., masculino, 55 anos, casado, licenciado pelo INSS, coronariopata revascularizado em 2010, diabético há 20 anos utilizando-se das seguintes drogas para controle das mesmas: atenolol, monocordil, losartana e metformina. Esse paciente ficou em observação por um ano em uso do medicamento em questão (alisquireno), e após esse tempo, retirado o medicamento e comparados os valores de proteinúria (antes e após o uso do alisquireno).

**Resultados:**

No mês de maio de 2011, paciente vem ao consultório médico com entrega de exames de rotina, onde se observou microalbuminúria de 699 mg/dl e Proteinúria de 1122 mg/ 24 horas sem nenhuma alteração clínica no exame semiológico. Diante disso, o protetor renal IECA já estava sendo usado, porém sem efeito benéfico no momento. Sendo assim, foi acrescentado Alisquireno de 150 mg/dia, inibidor dos receptores de renina, que também previne nefropatia em diabéticos. Após o uso em 3 meses notamos a diferença pelo exame laboratorial: microalbuminúria 155 mg/dl e proteinúria: 549 mg/24 horas sendo que nenhuma outra medida foi adicionada que nos fizesse questionar a eficácia do Alisquireno. O que nos realmente confirma seu efeito protetor é o fato de o paciente não seguir o tratamento devido a problemas financeiros, pois este último medicamento é de alto custo diante dos demais, e seus exames laboratoriais aumentarem novamente em 5 meses após a suspensão da droga, microalbuminúria de 324 mg/dl e proteinúria 1484mg/24 horas.

**Conclusões:**

Podemos concluir portanto que não devemos nos esquecer de procurar outras formas de tratamentos eficientes para pacientes nefropatas e com comorbidades além daquelas usualmente já descritas na literatura. Neste caso o uso de alisquireno surgiu como um aditivo preventivo a uma possível lesão glomerular e as pesquisas indicam que quanto mais precoce for detectado a agressão aos rins mais rapidamente será possível reverter o quadro.

**Referências:**

BARBOSA, Eduardo; AVOID - Aliskiren in the Evaluation of Proteinuria in Diabetes. Disponível em : <http://departamentos.cardiol.br/dha/artigos/pdf/artigo12.pdf>. Acesso em: 29/05/2014.

KOHLMAAN, Oswaldo. Tratamento medicamentoso. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500008&script=sci_arttext). Acesso em 15/04/2014.

**Agradecimentos:**

Agradecemos ao Professor Leandro de Paula Martins por ter nos cedido esse caso clínico para trabalho científico.

**Palavras-chave:** inibidor de renina; diabetes mellitus; alisquireno.

[thatty\\_morgado@hotmail.com](mailto:thatty_morgado@hotmail.com)

**Variação Anatômica: Bifurcação da Artéria Braquial em Artéria Radial e Artéria Ulnar em Nível Superior no Braço**

*Juliano Guimarães de Oliveira; Mônica Dias Ferreira; Marcos Guimarães Cunha*

*UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda; Volta Redonda*

**Introdução:**

A artéria braquial inicia-se na margem distal inferior do músculo redondo maior, distalmente à prega axilar posterior e termina na fosse cubital, colocando-se no plano mediano (DANGELO; FATTINI, 2007), ficando diante ao colo do rádio e sendo revestida pela aponeurose do músculo bíceps braquial. Situa-se anteriormente aos músculos tríceps braquial e braquial (MOORE; AGUR; DALLEY, 2013).

No início de seu trajeto localiza-se medialmente ao úmero, onde suas pulsações são palpáveis no sulco bicipital medial, continua sua trajetória passando anteriormente à crista supraepicondilar medial e à tróclea do úmero (MOORE; AGUR; DALLEY, 2013). A nível da metade do braço o nervo mediano cruza-a anteriormente, vindo do contorno lateral para o medial (DANGELO; FATTINI, 2007 & MOORE; AGUR; DALLEY, 2013).

Após a divisão da artéria braquial na fossa cubital, a artéria radial segue sobre o músculo braquiorradial indo em direção à face radial da articulação do carpo (PAULSEN; WASCHKE, 2012). A artéria radial avança cruzando o punho e passando pelo assoalho da tabaqueira anatômica, deixando o antebraço e chegando na mão (MOORE; AGUR; DALLEY, 2013).

A artéria ulnar origina-se posteriormente ao músculo pronador redondo, assumindo posição adjacente ao nervo ulnar, abaixo da fossa cubital, seguindo por baixo do músculo flexor ulnar do carpo, indo em direção à face ulnar das articulações do carpo (PAULSEN; WASCHKE, 2012).

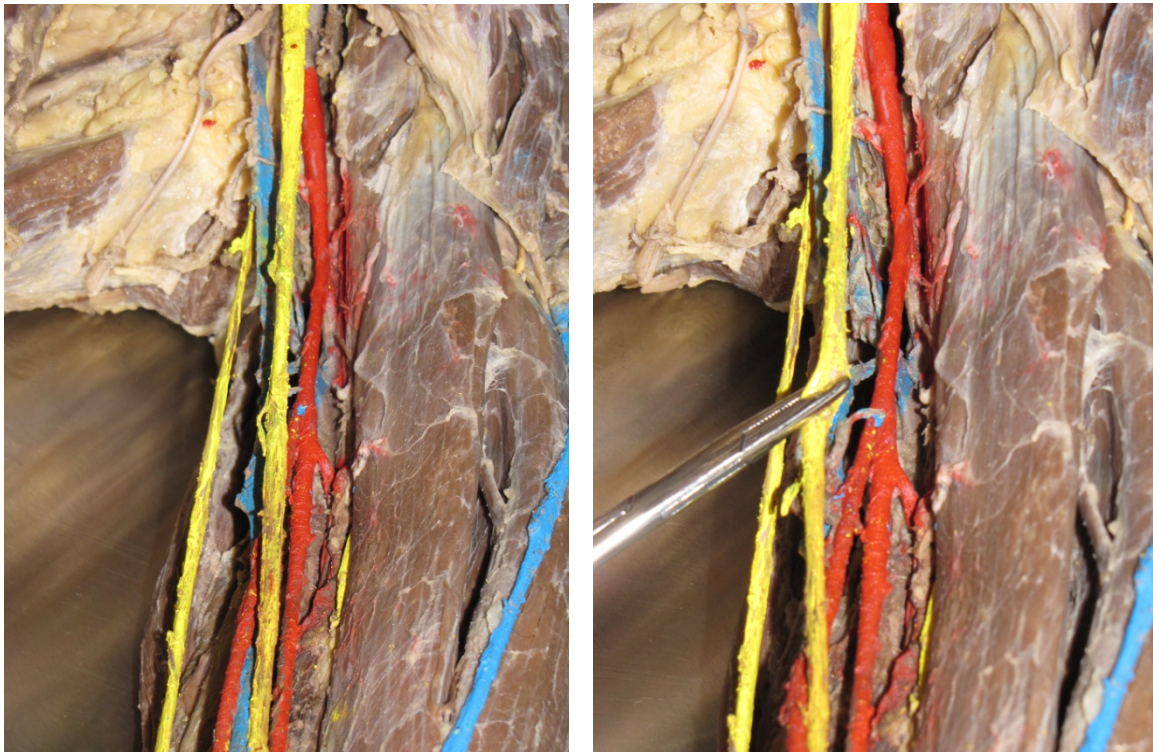
**Objetivos:**

Relatar a variação anatômica encontrada por acadêmicos durante o Curso de Dissecção realizado pela Liga Acadêmica de Anatomia Humana no Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA.



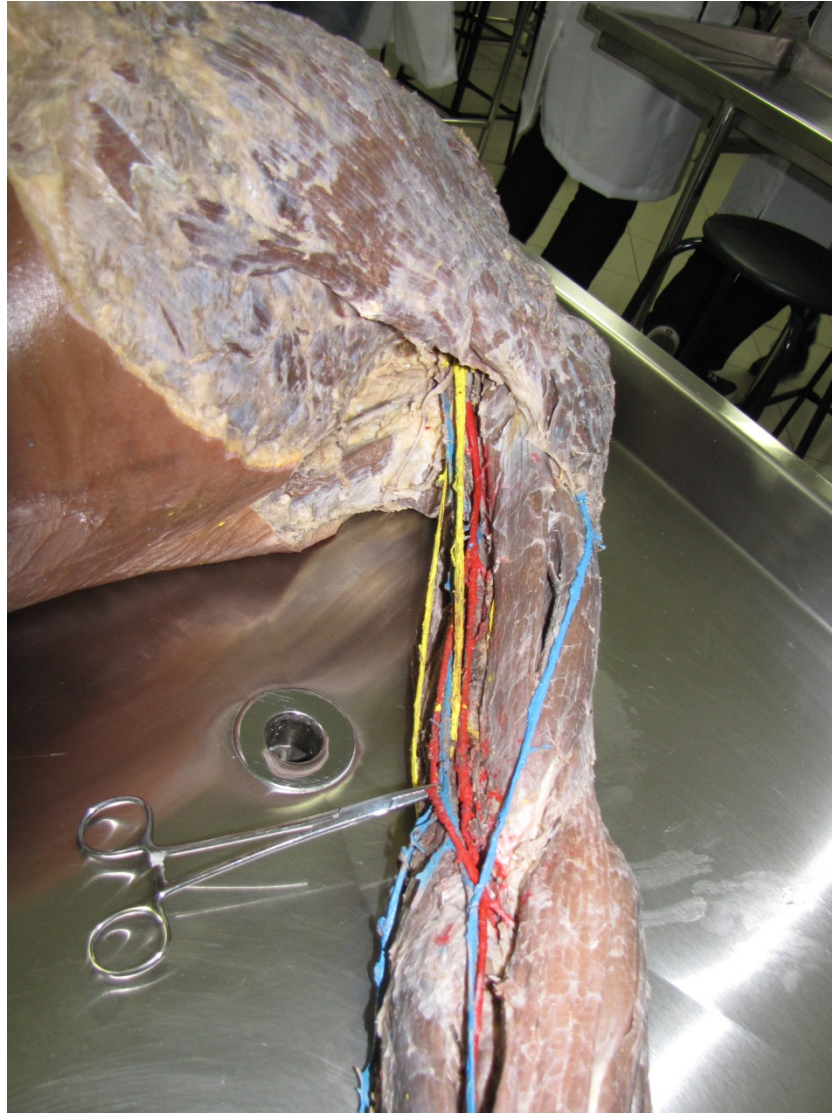
**Relato de Experiência:**

Após a dissecação do braço esquerdo do cadáver, averiguou-se que a bifurcação da artéria braquial em artéria radial e artéria ulnar ocorre na parte média da diáfise do úmero ao invés de ocorrer na fossa cubital, como descrito na literatura. A artéria ulnar segue o trajeto semelhante à artéria braquial no indivíduo sem variação, medialmente ao úmero, passa anteriormente à crista supraepicondilar medial e à tróclea do úmero.



Na altura do terço médio do braço o nervo mediano cruza a artéria ulnar anteriormente, vindo do contorno lateral para o medial. Chegando na fossa cubital assume o trajeto da artéria ulnar posicionando-se adjascentemente ao nervo ulnar, abaixo da fossa cubital, seguindo por baixo do músculo flexor ulnar do carpo, indo em direção à face ulnar das articulações do carpo.

A artéria radial segue trajeto mais superficial medialmente ao úmero cruzando o nervo mediano logo após sua origem da bifurcação da artéria braquial. Seu trajeto é mais superficial e acompanha o trajeto da artéria ulnar, medialmente ao úmero, passando anteriormente à crista supraepicondilar medial e à tróclea do úmero, até a fossa cubital, onde assume o trajeto natural da artéria radial. Ela segue sobre o músculo braquiorradial, cruza o punho e passa pelo assoalho da tabaqueira anatômica, deixando o antebraço e chegando à mão.



**Resultados:**

Essa variação já foi descrita anteriormente, sendo relatada no livro de Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar de Dangelo e Fattini, que a caracteriza como a variação mais comum da artéria braquial, a diferença no nível em que ocorre a bifurcação da artéria braquial em seus dois ramos terminais, associada com frequência a um trajeto mais superficial de uma dos ramos (DANGELO; FATTINI, 2007).

**Conclusões:**

Foi encontrada uma variação anatômica de bifurcação alta da artéria braquial em uma das peças de membro superior durante o Curso de Dissecção realizado pela Liga Acadêmica de Anatomia Humana no Centro Universitário de Volta Redonda -



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

UniFOA. Essa variação foi relatada no livro Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar de Dangelo e Fattini, sendo considerada uma variação comum da artéria braquial.

**Referências:**

DANGELO, J G; FATTINI, C A; Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar; **Editora Atheneu**. São Paulo, 2007. 3 ed. P. 355-356.

TORTORA, G J; Princípios de Anatomia Humana, **Guanabara Koogan**. Rio de Janeiro, 2007. 10 ed. P. 495.

MOORE, K L; DALLEY, A F; AGUR, A M R; Anatomia Orientada para a Clínica, **Guanabara Koogan**. Rio de Janeiro, 2011. 6 ed. P. 731.

PAULSEN, F; WASCHKE, J; Sobotta Atlas de Anatomia Humana Anatomia Geral e Sistema Muscular, **Guanabara Koogan**. Rio de Janeiro, 2012. 23 ed. vol.1. P. 226-228.

MOORE, K L; DALLEY, A F; AGUR, A M R; Fundamentos de Anatomia Clínica, **Guanabara Koogan**. Rio de Janeiro, 2013. 4 ed. P.442-456.

## **Visão Geral sobre a Prevenção Primária da Doença Arterial Coronariana**

*Terezinha Eliza Ferreira Costa Panizzi, Lucas Medeiros*

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

### **Introdução**

As doenças cardiovasculares lideram os índices de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, sendo a doença arterial coronariana (DAC) a causa de um grande número de mortes e de gastos em assistência médica. <sup>1</sup> As cardiopatias como um todo representam 76% dos óbitos no mundo. No Brasil, a doença arterial coronariana é a segunda maior causa de morte e o infarto agudo do miocárdio (IAM) é a principal causa isolada de morte entre as doenças não transmissíveis.<sup>2</sup>

O avanço dos métodos diagnósticos, o melhor entendimento da fisiopatologia dos eventos coronarianos, a eficiência das medidas de prevenção cardiovasculares e a utilização de fármacos têm permitido modificar a evolução e o prognóstico da DAC. Essas ferramentas contribuíram, de um lado, para um aumento da sobrevivência e, de outro, para o prolongamento das possíveis comorbidades desencadeadas pelas doenças crônicas.<sup>3</sup>

Assim, tais condições poderão interferir no estado emocional, físico, social e, principalmente, na qualidade de vida. Qualidade de vida é uma expressão com diferentes representações, sendo hoje uma importante medida de desfecho, muito mencionada nos últimos tempos, seja na linguagem cotidiana ou no contexto científico.<sup>3</sup>

Está bem estabelecido que o monitoramento e o controle dos fatores de risco cardíaco são fundamentais para os programas de prevenção e intervenção através da reabilitação cardíaca.

Com o avanço das pesquisas a respeito do assunto, foram descobertas medidas de prevenção sobre os fatores de risco modificáveis, que incluem a diminuição dos níveis de colesterol, obesidade e hipertensão, evitando um estilo de vida sedentário e a opção por escolhas alimentares saudáveis e abandono do tabagismo.<sup>4</sup>

Portanto, dada a prevalência significativa da enfermidade em questão e a importância e a eficiência da sua prevenção primária, presume-se que seja relevante um estudo mais aprofundado e didático a cerca do assunto e esta é a pretensão dessa revisão bibliográfica.

### **Objetivo**

O objetivo do presente trabalho é apresentar uma visão geral da prevenção primária da doença arterial coronariana, incluindo uma discussão sobre os benefícios aditivos da redução de fatores de risco.

### **Metodologia/pesquisa bibliográfica**

Foi realizada pesquisa, de revisão bibliográfica, em que foram retiradas informações de livros e periódicos. A busca foi realizada nos portais *Scielo*, *PubMed* e nos sites de revistas pertinentes ao assunto utilizando como palavras-chave doença arterial coronariana; aterosclerose; prevenção; doença cardiovascular.

### **Palavras-chave**

Doença arterial coronariana; aterosclerose; prevenção; doença cardiovascular.

### **Discussão/revisão bibliográfica**

Nos EUA, desde 1975, a mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) caiu cerca de 24 a 28 por cento do total, entre homens e mulheres, bem como negros e brancos, embora os homens e os negros continuem experimentando taxas de mortalidade muito mais elevadas em idades mais precoces do que a sua mulher e homólogos brancos, respectivamente. Além disso, a taxa de declínio desacelerou desde 1990.<sup>5</sup>

Estima-se que quase metade dessa queda é devido a um diagnóstico precoce e um tratamento mais agressivo, principalmente com terapias médicas da vida benefício de economia. A metade restante do declínio na mortalidade por DCV é atribuível a mudanças favoráveis nos fatores de risco, tais como o declínio no consumo de cigarros e manejo agressivo da pressão arterial e lipídeos. A maioria dos fatores de risco para doenças cardiovasculares são modificáveis por medidas preventivas, incluindo mudanças no estilo de vida e terapias de drogas adjuvantes de benefício comprovado.<sup>5</sup>

Em um estudo descritivo mundial (INTERHEART) em que foi estudado pacientes de 52 países, concluiu-se que nove fatores potencialmente modificáveis representaram mais de 90 por cento do risco atribuível à população para apresentarem o primeiro infarto do miocárdio (IAM). Nestes fatores são incluídos o tabagismo, dislipidemia, hipertensão, diabetes, obesidade abdominal, além de fatores psicossociais. Estes e outros fatores mais serão discutidos adiante.<sup>5</sup>

### **Dieta saudável**

Pesquisas reforçam a necessidade de maior atenção à nutrição, uma vez que, na sociedade moderna, a excessiva oferta de alimentos industrializados de alto valor calórico e, muitas vezes, com alto conteúdo de gordura saturada, colesterol, gordura trans, carboidratos simples e sal, parece contribuir de maneira relevante para o desenvolvimento dos fatores de risco para a doença arterial coronariana.<sup>6</sup>

A orientação nutricional pode ser iniciada a partir dos dois anos de idade, atendendo às necessidades energéticas e vitamínicas, além de estimular a ingestão de fibras e desencorajar o consumo de alimentos ricos em gordura saturada e colesterol.<sup>6</sup>

Estudos observacionais tem consistentemente demonstrado que indivíduos que consomem dietas ricas em vegetais e frutas tem um risco reduzido de doenças cardiovasculares. É possível que o benefício aparente possa ser devido a compostos específicos em vegetais e frutas, ou ao fato de que as pessoas que comem mais frutas e legumes tendem a comer menos carne e gordura saturada.<sup>5</sup>

As doenças crônicas não transmissíveis, em que se inclui a doença arterial coronariana, podem ser agravadas pelo estresse oxidativo, que é um desequilíbrio entre as espécies reativas de oxigênio e a capacidade de ação dos antioxidantes. Para reduzir os danos do estresse oxidativo, os antioxidantes dietéticos atuam como moléculas suicidas, neutralizando o radical livre.<sup>7</sup>

Os principais nutrientes com papel antioxidante, capazes de evitar ou minimizar os efeitos cardiovasculares e complicações diabéticas, são o ácido ascórbico (vitamina C), o  $\beta$ -caroteno, o  $\alpha$ -tocoferol, o zinco, os flavonoides e o selênio, sendo que cada um possui seu mecanismo de atuação e seus alimentos fontes.<sup>7</sup>

Contudo, a alimentação adequada é a melhor alternativa para uma vida com qualidade, visto que pesquisadores afirmam que o suprimento das necessidades diárias de antioxidantes pode prevenir ou tratar doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, ainda faltam evidências sobre os efeitos dos alimentos ricos em antioxidantes em patologias como diabetes e eventos cardiovasculares.<sup>7</sup>

Em estudos sobre o consumo de gordura trans (comumente encontrados em produtos como a margarina hidrogenada) foi mostrado a potencial ação desse grupo de gorduras de causar o desenvolvimento de disfunção endotelial, que é um precursor da aterosclerose. Ou seja, consumo de ácidos graxos trans pode aumentar o risco de doença arterial coronariana.<sup>8</sup>

### **Cessação do tabagismo**

O tabagismo continua a ser a principal causa evitável de morte prematura. O conjunto de evidências indica que a quantidade de cigarros fumados atualmente aumenta a morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares , e os benefícios da cessação começam a aparecer depois de apenas alguns meses e chegar a do não-fumante em vários anos. <sup>5</sup>

Lu et al., em estudo sobre tabagismo e doença arterial periférica, apontam o tabagismo como um fator de risco importante não só para doença arterial coronariana, como também para doença arterial obstrutiva periférica. Os resultados encontrados neste estudo concordam com a literatura, visto que a prevalência de tabagistas foi maior tanto nos indivíduos com doença coronariana (69,23%), quanto nos pacientes com DAOP (68,75%). O tabagismo também apresentou uma associação direta com a gravidade da doença coronariana, além de que parece aumentar em 1,17 o risco de desenvolvimento de DAOP. Pelos resultados acima, demonstra-se a influência deste fator de risco no desenvolvimento de fen menos ateroscleróticos e aterotrombóticos generalizados, tanto nos leitos arteriais coronarianos quantos nos periféricos. <sup>9</sup>

Todos os fumantes devem ser orientados em uma base regular para abandonar o vício. Uma série de abordagens, incluindo a terapia comportamental, terapia de substituição da nicotina, e outras terapias farmacológicas estão disponíveis. <sup>5</sup>

### **Controle da Hipertensão**

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. <sup>10</sup>

A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. <sup>10</sup>

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares; e entre os fatores de risco para mortalidade, a hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. <sup>10</sup>

É importante ressaltar alguns pontos relacionados com a hipertensão na prevenção primária da doença cardiovascular, cada uma das quais é discutida separadamente adiante.

- Definição - A hipertensão arterial é geralmente definida como uma pressão sistólica  $\geq 140$  mmHg e / ou pressão diastólica  $\geq 90$  mmHg . No entanto, pacientes com função sistólica 120-139 mmHg e / ou diastólica 80-89 mmHg têm o que tem sido chamado de pré-hipertensão também estão em maior risco cardiovascular. O objetivo da pressão arterial é geralmente  $<140$  sistólica , bem como  $< 90$  mmHg diastólica , mas os pacientes de maior risco têm um objetivo menor , tais como aqueles com síndrome metabólica , diabetes ou doença renal crônica e proteinúria .
- Medidas não-farmacológicas - Todos os pacientes com hipertensão e pré-hipertensão devem praticar a vida muda terapêuticas não farmacológicas , que incluem a redução de peso , especialmente em pacientes com sobrepeso / obesidade , restrição de sal , e evitar a ingestão excessiva de álcool. <sup>5</sup>

Escolha de droga anti-hipertensiva - medicamentos anti-hipertensivos são necessários para pacientes com hipertensão persistente, apesar da terapêutica não farmacológica. A maioria dos pacientes necessitam de múltiplas terapias com drogas anti-hipertensivas para alcançar sua meta de pressão arterial. Na ausência de uma indicação específica (por exemplo, beta-bloqueador ou bloqueadores dos canais de cálcio para controle da taxa de fibrilação atrial ou inibidores da enzima conversora da angiotensina em pacientes com diabetes), há três classes principais de drogas utilizadas para monoterapia inicial: os diuréticos tiazida, os conversores da angiotensina angiotensina ou bloqueadores dos receptores da angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio diidropiridínicos de ação prolongada. <sup>5</sup>

A hipertensão arterial é um excelente modelo para o trabalho de uma equipe multiprofissional. Por ser uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, terá seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular. <sup>10</sup>

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações e de suas complicações. <sup>10</sup>

Controle de dislipidemia

Vários estudos randomizados em larga escala realizados em indivíduos sem evidência clínica de doença coronariana demonstraram benefícios clínicos em doenças cardiovasculares, incluindo IAM, AVC e morte por DCV, bem como a mortalidade total.<sup>5</sup>

Um estudo de intervenção dietética em crianças com níveis aumentados de LDL-C, o “Dietary Intervention Study in Children” (DISC), comparou, durante um período de 7 anos, os efeitos de uma orientação dietoterápica em 663 crianças, examinando seus efeitos sobre o perfil lipídico, crescimento e maturação sexual. A dieta mostrou-se efetiva, sem alterações nos níveis séricos de ferritina, folato, retinol e zinco. Além disso, o crescimento e a maturação sexual não diferiram entre os grupos, sendo considerada conduta segura e saudável.<sup>6</sup>

- HDL-colesterol e risco cardiovascular

Os estudos epidemiológicos mostraram de forma consistente a correlação independente e negativa entre os níveis de HDL-colesterol e o risco de eventos coronarianos, sendo a redução nos níveis de HDL de 1mg/dl associada ao aumento de 2% a 3% no risco de eventos.<sup>11</sup>

Em termos fisiopatológicos, a explicação para o efeito “protetor” do HDL-colesterol não está plenamente elucidada. Em parte ela é decorrente simplesmente da habilidade desta lipoproteína em promover a saída do colesterol das células e de realizar o transporte reverso do colesterol, permitindo a sua redistribuição no organismo e a sua excreção biliar.<sup>11</sup>

Também já foi descrita a propriedade antioxidante e antiinflamatória associada à HDL, que parece ser decorrente de enzimas e apolipoproteínas associadas à partícula de HDL, capazes de inativar ou prevenir a oxidação de fosfolípidos provenientes da LDL.<sup>11</sup>

Os consensos atuais aumentaram o ponto de corte de normalidade do HDL-colesterol para 40mg/dl<sup>2,25</sup>, quando anteriormente o mesmo era de 35mg/dl. Uma vez que os estudos epidemiológicos não demonstraram a existência de um limiar de risco entre o HDL-colesterol e o risco coronariano, qualquer ponto de corte escolhido torna-se necessariamente arbitrário. Desta forma, o aumento do ponto de corte significa simplesmente o reconhecimento de que mesmo acima dos valores previamente aceitos como normais, ainda se encontravam indivíduos com risco aumentado. Os últimos consensos também não distinguem entre o ponto de



normalidade de homens e mulheres, ainda que seja conhecido o fato de que estas apresentam valores mais elevados que os primeiros. <sup>11</sup>

A escolha de um ponto de corte mais elevado para o sexo feminino traria, como consequência, a elegibilidade de muitas mulheres com baixo risco para o uso de medicamentos hipolipemiantes. De qualquer forma sugerem-se mudanças do estilo de vida naquelas com HDL <50mg/dl. <sup>11</sup>

A intervenção medicamentosa visando a elevação dos níveis de HDL ainda não é recomendada, face à escassez de evidências científicas conclusivas e à carência de drogas adequadas. Até o momento, o ácido nicotínico é a droga com maior poder de elevação dos níveis de HDL, estando, entretanto, associada a efeitos colaterais limitantes. <sup>11</sup>

- Triglicédeos, LDL pequenas e densas, partículas remanescentes e risco cardiovascular

O papel dos lipídeos como importante fator na patogênese da DAC está solidamente estabelecido. A maioria dos exames de avaliação de perfil lipídico inclui colesterol total, LDL, HDL e triglicérides. Os níveis elevados de colesterol total e de LDL caracterizam pacientes de alto risco para o desenvolvimento de DAC. O significado da hipertrigliceridemia no desenvolvimento de DAC, porém, ainda não está bem esclarecido. É provável que ocorra devido à heterogeneidade dos triglicérides, principalmente pela complexidade inerente ao seu sistema de transporte. Triglicérides são compostos de complexos agregados de lipoproteínas. A hipertrigliceridemia reflete os triglicérides contidos em lipoproteínas como VLDL, IDL e quilomícrons, lipoproteínas que também auxiliam no transporte de colesterol. <sup>12</sup>

Triglicérides elevados estão associados a alterações metabólicas pró-aterogênicas e fisiológicas como o aumento de LDL, baixos níveis de HDL e aumento dos níveis de moléculas pró-coagulantes. Além disso, níveis elevados de triglicérides em jejum são fortemente preditivos de anormalidades no metabolismo pós-prandial das lipoproteínas, que se associam com o aumento de risco cardiovascular. <sup>12</sup>

Cliffon e Nestel sugerem que o tipo de dieta teria pouca influência nos níveis de colesterol sérico; eles seriam determinados, quase que exclusivamente, pela atividade metabólica, a qual seria expressão da carga genética, e pela idade e sexo do indivíduo. Há, no entanto, evidências de que o consumo moderado de álcool provoca um aumento na fração HDL e estimula o transporte reverso de lipídeos. <sup>13</sup>



Pesquisas mostram também que determinadas dietas, como a Mediterrânea, colaboram para um melhor perfil colesterolêmico. Da mesma forma, outros estudos concluíram que indivíduos com dieta vegetariana têm menores níveis de lipídios sanguíneos, principalmente LDL e triglicérides, em relação aos que comem carne.<sup>13</sup> No Brasil, os estudos sobre o perfil lipídico em pessoas vegetarianas ainda são escassos. Temos conhecimento de três estudos: o trabalho de Mancilha-Carvalho e Crews, que avalia os lipídios sanguíneos em índios yanomamis; o estudo de Navarro e cols., que estuda pressão sanguínea, perfil lipídico e outros parâmetros bioquímicos entre peruanos vegetarianos, semivegetarianos e onívoros; e a tese de doutorado de Navarro, que compara achados eletroencefalográficos, pressão arterial, índice de massa corpórea (IMC) e perfil lipídico, dentre outras variáveis, em indivíduos adventistas do sétimo dia de São Paulo.<sup>13</sup>

Existem três tipos de dieta vegetariana: a pura, ou restrita, ou total, que não utiliza nenhum produto de origem animal como alimento (esse tipo é também denominado de *vegan*); a lactovegetariana, que tem como produtos de origem animal somente o leite e seus derivados; e a ovolacto, que permite também a ingestão de ovos.<sup>13</sup>

#### Atividade física

Uma série de estudos observacionais tem mostrado que os indivíduos que praticam atividade física regular tem menor morbidade e mortalidade por doença coronariana. A atividade física regular é recomendado nos primeiros anos escolares e ao longo da vida . Recomendações comuns incluem exercícios de intensidade moderada por 150 minutos por semana, exercícios de intensidade vigorosa por 75 minutos por semana, ou uma combinação equivalente dessas atividades. Adultos com a capacidade de exercício limitada, devido à presença de comorbidades deve ficar tão ativo fisicamente como sua condição permite. Mesmo pequenas quantidades de atividade física regular, como caminhada rápida por 20 minutos diários são associados com benefícios significativos sobre o risco de doença coronariana.<sup>5</sup>

Smith e cols.<sup>66</sup> demonstraram que o exercício físico de longa duração é capaz de reduzir significativamente as citocinas inflamatórias e os níveis de PCR, sugerindo participação de um efeito antiinflamatório para justificar os benefícios do exercício para prevenção de DCV.<sup>14</sup>

Como é sabido que o processo aterosclerótico antecede as manifestações clínicas das DCV por anos, até mesmo décadas, e que a prática regular de atividade física diminui a incidência de morbidade e mortalidade pelas DCV, parece ser prudente

minimizar ou reduzir os fatores de risco para DCV conhecidos para o adulto já na infância e adolescência. Além disso, a atividade física parece ser um fator protetor importante para a prevenção e controle das DCV, por influenciar quase todos os seus fatores de risco. <sup>14</sup>

Recentemente, a literatura mostrou que o sedentarismo é um fator de risco para as DCV e que somente a prática de atividade física pode representar um mecanismo preventivo e terapêutico. <sup>14</sup>

A perda de peso

Dentre os fatores de risco para a doença cardiovascular associados à obesidade, podem-se destacar a hipertensão, a dislipidemia, a resistência à insulina, a glicemia de jejum alterada, a intolerância à glicose e o diabetes como desfecho final. A obesidade e os fatores de risco cardiovasculares associados com esta resultam maior chance de o indivíduo desenvolver a doença aterosclerótica. Além disso, existe uma associação direta da obesidade com a atividade simpática e com a inflamação, também envolvidas no processo aterosclerótico. Esse fato desencadeou grande preocupação em combater a obesidade, que é um fator de risco, per se, e que de certa forma contribui para a emergência de outros, ampliando, assim, o risco cardiovascular. O controle da obesidade significa redução de risco cardiovascular em cascata. Ou seja, a redução do peso resulta melhora de outros fatores de risco cardiovascular, tais como a hipertensão, a dislipidemia e o diabetes. <sup>15</sup>

O controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus

A doença cardiovascular é responsável por até 80% das mortes em indivíduos com diabetes mellitus (DM) do tipo 2. De fato, o risco relativo de morte por eventos cardiovasculares, ajustado para a idade, em diabéticos é três vezes maior do que o população em geral. <sup>16</sup>

As razões para a manifestação de aterosclerose acelerada em pacientes diabéticos ainda não são completamente compreendidas. Foram sugeridos como mecanismos prováveis os efeitos tóxicos diretos da glicose sobre a vasculatura, a resistência à insulina e a associação do DM a outros fatores de risco. <sup>16</sup>

Para prevenção das complicações relacionadas ao diabetes é importante que os pacientes modifiquem o seu estilo de vida, existindo um consenso entre as entidades que se dedicam ao seu estudo, afirmando que a educação para o autocuidado é uma das estratégias mais adequadas e indicadas para o tratamento

dos pacientes, proporcionando que eles alcancem níveis normais ou quase normais de glicose sanguínea. <sup>17</sup>

### Álcool

A associação entre ingestão alcoólica e incidência de doença coronariana tem sido amplamente estudada. A maioria dos estudos mostra que a ingestão moderada de álcool reduz o risco de doença coronariana. Existe muita discussão sobre se esta relação é, de fato, causal ou é enviesada. <sup>18</sup>

Cordova et al., avaliando as propriedades cardiovasculares benéficas do vinho, afirmam que o consumo de quantias moderadas de álcool (20 a 30g/dia) constitui um fator protetor para coronariopatias, reduzindo em 40% o risco para doença arterial coronariana. Neste estudo, a prevalência de etilistas foi maior tanto em pacientes isentos de comprometimento coronariano (16,67%) quanto em indivíduos sem doença arterial obstrutiva periférica (20,41%), provando ser um possível fator protetor independente, porém não significativo, para doença arterial obstrutiva periférica e doença coronariana, assim como observado previamente por Meijer et al. <sup>9</sup>

Especificamente, qualquer benefício de pequena ingestão diária de álcool devem ser pesados contra os aumentos nos riscos que são visíveis a mais de uma dose por dia. <sup>5</sup>

### Conclusão

Portanto mostra-se necessário que o clínico conheça a prevalência desses fatores de risco acima apresentados, isolados ou combinados, pois é através de sua redução, com programas de prevenção primária e secundária, que objetivaremos a efetividade de qualquer programa de saúde.

### Referencias bibliográficas:

PINHO, Ricardo Aurino de et al. Doença Arterial Coronariana, Exercício Físico e Estresse Oxidativo. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Criciúma-sc, p. 549-555. 03 mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/v94n4a18.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2013.

SILVA, Monique Suelen de Moura e; OLIVEIRA, Juliana Flavia. Reabilitação Cardíaca após Infarto Agudo do Miocárdio: Revisão Bibliográfica. **Corpus Et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 09, n. 01, p.855-981, 09 abr. 2013. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/195>>. Acesso em: 29 out. 2013.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

TAKIUTI, Myrthes Emy et al. Aplicação de questionários de qualidade de vida na doença arterial coronariana. **Moreira Jr**, São Paulo, v. 70, n. 06, p.226-226, 09 jun. 2013. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5406](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5406)>. Acesso em: 29 out. 2013.

MEDICAL, News. **Prevenção da Doença Arterial Coronariana**. Disponível em: [http://www.news-medical.net/health/Coronary-Artery-Disease-Prevention-\(Portuguese\).aspx#.Acesso](http://www.news-medical.net/health/Coronary-Artery-Disease-Prevention-(Portuguese).aspx#.Acesso) em: 29 out. 2013.

HENNEKENS, Charles H et al. **Visão geral da prevenção primária da doença coronariana e acidente vascular cerebral**, 14 set. 2013.

MENDES, Gislaine A. et al. Perfil Lipídico e Efeitos da Orientação Nutricional em Adolescentes com História Familiar de Doença Arterial Coronariana Prematura. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, p. 361-365. 13 mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v86n5/29498.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2013.

ZIMMERMANN, Alice Mesquita; KIRSTEN, Vanessa Ramos. ALIMENTOS COM FUNÇÃO ANTIOXIDANTE EM DOENÇAS CRÔNICAS: UMA ABORDAGEM CLÍNICA. **Ciências da Saúde**, Santa Maria, p. 51-68. 20 mar. 2008. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2008/05.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2013.

MEDICAL, News. **Dietas e Doença Arterial Coronariana**. Disponível em: [http://www.news-medical.net/health/Coronary-Artery-Disease-Preventive-Diets-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Coronary-Artery-Disease-Preventive-Diets-(Portuguese).aspx) .Acesso em: 29 out. 2013.

GABRIEL, Sthefano Atique et al. Doença arterial obstrutiva periférica e índice tornozelo-braço em pacientes submetidos à angiografia coronariana. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. 2007, vol.22, n.1, pp. 49-59. ISSN 0102-7638. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382007000100011>. Acesso em: 29 out. 2013.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, p.e24-e79. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2013.

POZZAN, Roselee et al. Dislipidemia, Síndrome Metabólica e Risco Cardiovascular. **Revista da Socerj**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.97-104, 20 abr. 2004. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2004\\_02/a2004\\_v17\\_n02\\_art04.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2004_02/a2004_v17_n02_art04.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2013.

FREITAS, Elizabete Viana de. Triglicerídeos e Doença Arterial Coronariana. **Revista da Socerj**: Revista Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, n. , p.45-49, 17 mar. 2004. Disponível em: <[http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2004\\_v17\\_n01\\_art06.pdf](http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2004_v17_n01_art06.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2013.

DE BIASE, Simone Grigoletto; FERNANDES, Sabrina Francine Carrocha; GIANINI, Reinaldo José and DUARTE, João Luiz Garcia. Dieta vegetariana e níveis de colesterol e triglicérides. **Arq. Bras. Cardiol**. 2007, vol.88, n.1, pp. 35-39. Disponível em: [www.unifoa.edu.br/editorafoa](http://www.unifoa.edu.br/editorafoa)

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000100006>>. Acesso em: 30 out. 2013.

SANTOS, Maria Gisele dos; PEGORARO, Marina; SANDRINI, Fabiano and MACUCO, Emílio César. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. **Arq. Bras. Cardiol.** 2008, vol.90, n.4, pp. 301-308. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008000400012>>. Acesso em: 30 out. 2013.

LOPES, Heno Ferreira. Hipertensão e inflamação: papel da obesidade. **Rev Bras Hipertensão**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.239-244, 26 out. 2007. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-4/07-obesidade.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

SCHAAN, Beatriz D'Agord; HARZHEIM, Erno and GUS, Iseu. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Rev. Saúde Pública** . 2004, vol.38, n.4, pp. 529-536. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400008>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

GRILLO, Maria de Fátima; CORINI, Maria Isabel. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. , p.49-54, 03 fev. 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/21036/000621848.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

ARRIOLA, Larraitz et al. O consumo de álcool eo risco de doença cardíaca coronariana em estudo de coorte EPIC Espanhol. **Revista Heart**, San Sebastian Espanha, n. , p.11-22, 19 nov. 2009. Disponível em: <<http://heart.bmj.com/content/early/2009/11/19/hrt.2009.173419.abstract>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

[Eliza\\_fcosta@hotmail.com](mailto:Eliza_fcosta@hotmail.com)

## **Visões Atuais sobre a Fisiopatologia da Esquizofrenia**

*Vivane Pontes de Souza Porto*

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

### **Introdução:**

A definição de esquizofrenia, segundo Silva (2006), indica uma psicose crônica idiopática, demonstrando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem.

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. (ROWLEY, M.; BRISTOW, L.J.; HUSTON, P.H., 2001; WONG, A.H.C.; VAN TOL, H.H.M., 2003, apud MENEGATI, R. *et. al.*, 2004).

De acordo com Araripe Neto, Bressan e Busatto Filho (2007), a compreensão fisiopatológica da esquizofrenia avançou bastante no último século, evoluindo de teorias etiológicas uni causais 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.

Estudos neuropatológicos têm investigado também aspectos neuroquímicos na esquizofrenia, classicamente por meio do uso de radioligantes que marcam subtipos específicos de receptores cerebrais (FARDE, L., 1997 apud FILHO BUSATTO, G., 2000).

A integração de diferentes sistemas de neurotransmissores já havia sido prevista por estudiosos, como por exemplo Lieberman, Mailman e Duncam (1998) *apud* Silva (2006) inferem que além do sistema dopaminérgico, outros sistemas de neurotransmissores centrais desempenhariam algum papel, sendo provável que vários sistemas estejam envolvidos simultaneamente, entre eles o serotoninérgico, glutamatérgico, colinérgico, noradrenérgico, GABAérgico, purinérgico e ainda pode haver interferência de neuropeptídios e do óxido nítrico. O grau de entendimento de cada um desses sistemas na fisiopatologia da esquizofrenia varia, entretanto,



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

projeta-se que esses e ainda outros neurotransmissores não identificados possam atuar no desenvolvimento dessa doença, assim como outros fatores.

**Objetivos:**

A presente pesquisa aborda a esquizofrenia, procurando abarcar e resumir os principais consensos acerca desta patologia, levando em conta o que de novo tem sido exposto nas últimas décadas. Visto que essa patologia intriga médicos e pesquisadores desde sua identificação, seu conceito sofreu mudanças ao longo do tempo e novas descobertas foram realizadas acerca de sua fisiopatologia. 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. Ressalte-se que uma melhor compreensão do desenvolvimento da doença é primordial para surgimento de tratamentos mais eficazes.

**Metodologia:**

Para a realização dessa revisão, foram pesquisados artigos na base de dados Scielo, PubMed e no sítio de revistas nacionais e internacionais como 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. e SADOCK, V.A.) e Psiquiatria (BLEULER, E).

Palavras-chave: Esquizofrenia, fisiopatologia, sistemas de neurotransmissores.

**Referência**

ABI-DARGHAM, A.; RODENHISER, J.; PRINTZ, J. et al. Increased baseline occupancy of D2 receptors by dopamine in schizophrenia. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, v. 97, n. 14, p. 8104-9, 2000.

ALBANO, D.A.S. Esquizofrenia: Patologia e Terapêutica. Faro: Universidade do Algarve, 2012, n. 34.805, 142p. Tese (Mestrado) - Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Faro, 2012.

ARARIPE NETO, A. G .A.; BRESSAN, R. A. E BUSATTO FILHO, G. Fisiologia da esquizofrenia: aspectos atuais. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, v. 34, n. 2,

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

p. 198-203, 2007. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s2/198.html>. Acesso em: 26 out. 2013.

BENE, F.M. e BERRETTA, F. GABAergic Interneurons: Implications for Understanding Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Neuropsychopharmacology*. New York, 2001. v. 25, n.1, p. 1-27.

BLEULER, E. *Psiquiatria*. 15 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1985.

BINDER, E.B.; KINKEAD, B.; OWENS, M.J. et al. Neurotensin and Dopamine Interactions. *Pharmacological Reviews Journal*, Estados Unidos, v. 53, n. 4, p. 453-486, 2001.

BOGERTS, B. The neuropathology of schizophrenic diseases: historical aspects and present knowledge. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Berlim, v. 249, n. 4, p. 2-13, 1999.

BRESSAN, R. A.; BIGLIANI, V. e PILOWSKY, L. S. Neuroimagem de receptores D2 de dopamina na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, s. 1, mai. 2001. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000500014>>. Acesso em: 26 out. 2013.

BRESSAN, R. A. e PILOWSKY, L. S. Hipótese glutamatérgica da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 177-183, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n3/a11v25n3.pdf>>. Acesso em: 26 out.2013.

CARDNO, A.G.; MARSHALL, E.J.; COID, B. et al. Heritability Estimates for Psychotic Disorders: The Maudsley Twin Psychosis Series. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Berlim, v. 56, p. 162-168, 1999.

CANNON, T.D.; KAPRIO, J.; LÖNNQVIST, J. et al. The Genetic Epidemiology of Schizophrenia in a Finnish Twin Cohort: A Population-Based Modeling Study. *Archives of General Psychiatry*, Boston, v. 55, n. 1, p. 67-74, 1998.

CORRÊA, V.S. *A Fisiopatologia da Esquizofrenia*. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas, 2009, 23p. Dissertação (Graduação) - Curso de Ciências Biológicas UFPel, Pelotas, 2008.

FERRÉ, S. Adenosine-dopamine interactions in the ventral striatum: implications for the treatment of schizophrenia. *Psychopharmacology Journal*, Berlim, v. 133, p. 107-20, 1997.

GOTTSCHALK, M.G. Estudos traducionais de neuropsiquiatria e esquizofrenia: modelos animais genéticos e de neurodesenvolvimento. *Revista de Psiquiatria Clínica USP*, v. 40, n. 1, p. 41-50, 2013.

GOFF, D.C. e COYLE, J.T. The Emerging Role of Glutamate in the Pathophysiology and Treatment of Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, Arlington-VA, v. 158, n. 9, p. 1367-77, 2001.

GUR, R.E.; TERETSKY, B.I.; BILKER, W.B. et al. Reduced Gray Matter Volume in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, Boston, v. 56, n. 10, p. 905-11, 1999.



**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

HARRISON, P.J. The neuropathology of schizophrenia: a critical review of the data and their interpretation. Oxford Journals, Oxford University, v.122, p.593-624, 1999.

HENQUET, C.; KRABBENDAM, L.; SPAUWEN, J. et al. Prospective cohort studies of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in Young people. British Medical Journal BMJ, Londres, v. 330, n. 11, p. 1-5, 2004.

LARA, D. R. e SOUZA, D. O. Modelo de hipofunção adenossinérgica para a esquizofrenia: interação entre os sistemas purinérgico, glutamatérgico e dopaminérgico. Revista de Psiquiatria Clínica, USP. São Paulo, v. 28, n. 3, 2000.

KAPUR, S. e SEEMAN, P. Does Fast Dissociation From the Dopamine D<sub>2</sub> Receptor Explain the Action of Atypical Antipsychotics?: A New Hypothesis. The American Journal of Psychiatry, Arlington-VA, v.158, n. 3, p. 360-9, 2001.

MENEGATTI, R., FRAGA, R. A. M., BARREIRO, J. E., et. al. Esquizofrenia: quarenta anos da hipótese dopaminérgica sob a ótica da química medicinal. Rio de Janeiro, 2004. v. 27, n.3, p. 447-55. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v27n3/20173.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2013.

OLGIATI, P.; MANDELLI, L.; LORENZI, C. et al. Schizophrenia: genetics, prevention and rehabilitation. Acta Neuropsychiatrica, Journal, Scandinavian College of Neuropsychopharmacology, v. 21, p. 109-20, 2009.

OLIVEIRA, J.P.M.; TRZESNIAK, C.; OLIVEIRA, I.R. et al. Níveis plasmáticos/séricos do óxido nítrico em pacientes com esquizofrenia: uma revisão sistemática e metanálise. Revista Brasileira de Psiquiatria, Associação Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n. 2, p. 156-62, 2012.

PIETRASZEK, M. Significance of Dysfunctional Glutamatergic Transmission for the Development of Psychotic Symptoms. Polish Journal of Pharmacology, Cracóvia, v. 55, p. 133-54, 2003.

SADOCK, B.J. e SADOCK, V.A. Comprehensive Text Book of Psychiatry. 7 ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

SADOCK, B.J. e SADOCK, V.A. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9 ed. Porto Alegre:Editora Artmed, 2007.

SALUM, C.; PEREIRA, A. C. C. P. e GUIMARÃES, E. A. D.B.B. Dopamina, Óxido Nítrico e suas Interações em Modelos para o Estudo da Esquizofrenia. USP, v. 21, n. 2, p. 186-94, 2008.

SHARMA, R.P.; JANICAK, P.G.; BISSETTE, G. et al. CSF Neurotensin Concentrations and Antipsychotic Treatment in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. The American Journal of Psychiatry, Arlington-VA, v. 154, n. 7, p. 1019-21, 1997.

SHERGILL, S.S.; BRAMMER,M.J.; WILLIAN, S.C.R. et al. Mapping Auditory Hallucinations in Schizophrenia Using Functional Magnetic Resonance Imaging. Archives of General Psychiatry, Boston, v. 57, n. 11 p. 1033-38, 2000.

**CONGRESSO DO CURSO DE MEDICINA 2014**  
**Tema: “O desafio da Atenção Básica como escola”**

SILVA, A.L.F. et al. Esquizofrenia. Porto Alegre: FFCMPA, 2000, 46p. Dissertação - Fundação Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2000.

SNYDER, S.H. e FERRIS, C.D. Novel Neurotransmitters and Their Neuropsychiatric Relevance. The American Journal of Psychiatry, Arlington-VA, v. 157, n. 11, p. 1738-51, 2000.

STAHL, S.M. Beyond the Dopamine Hypothesis to the NMDA Glutamate Receptor Hypofunction Hypothesis of Schizophrenia. CNS Spectrums. San Diego, 2007 v.12, n.4, p.265-8. Disponível em: <<http://www.cnsspectrums.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=1037>>. Acesso em: 02 maio 2014.

STEEN, R.G., MULL, C., MCCLURE, R. et al. Brain volume in first-episode schizophrenia: Systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. British Journal of Psychiatry, Londres, v. 188, p. 510-8, 2006.

TIENARI, P.; WYNNE, L.C.; SORRI, A. et al. Genotype - environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. British Journal of Psychiatry, Londres, v. 184, p. 216-22, 2004.

VASCONCELOS, S.M.M.; ANDRADE, M.M.; SOARES, P.M. et al. Cetamina: aspectos gerais e relação com a esquizofrenia. Revista de Psiquiatria Clínica, USP, v. 32, n. 1, p. 1-11, 2005.

VENTURA, A.L.M.; ABREU, P.A.; FREITAS, R.C.C. et al. Sistema colinérgico: revisitando receptores, regulação e a relação com a doença de Alzheimer, esquizofrenia, epilepsia e tabagismo. Revista de Psiquiatria Clínica, USP, v. 37, n. 2, p. 66-72, 2010.

WEISER, K.S.; WEISER, M. e DAVIDSON, M. Uso de maconha na adolescência e risco de esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, USP, v. 25, n. 3, p. 131-2, 2003.