

1^a

Jornada Acadêmica do Curso de Medicina

**1^a Mostra de
Trabalhos**

***Medicina e
Suas Interfaces***

25 e 26 de outubro de 2018

ANAIS DO EVENTO

CAMED
Centro Acadêmico Medicina URI Erechim



URI

ERECHIM

1ª

**Jornada
Acadêmica
do Curso
de Medicina**

*Medicina e
Suas Interfaces*



A N A I S

**1ª JORNADA ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA
E 1ª MOSTRA DE TRABALHOS**

MEDICINA E SUAS INTERFACES

1^a

**Jornada
Acadêmica
do Curso
de Medicina**

*Medicina e
Suas Interfaces*



J82m Jornada Acadêmica do Curso de Medicina (1. : 2018 : Erechim, RS)

Medicina e suas interfaces [recurso eletrônico] : / I Jornada Acadêmica do Curso de Medicina; I Mostra de Trabalhos. - Erechim, 2018.

1 recurso online

ISBN 978-85-7892-150-7

Modo de acesso:

http://www.uricer.edu.br/site/informacao.php?menu_superior_adicional=18

Título da página da Web (acesso em: 20 out. 2018).

Com Anais / I Mostra de Trabalhos

Com a organização de Sérgio Bigolin; Miriam Salette Wilk Wisniewski; Jean Carlos Ostrowski

1. Saúde 2. Patologias 3. Emergências cardiovasculares 4. Trabalhos científicos
I. Título

C.D.U.: 61(063)

Catálogo na fonte: bibliotecária Sandra Milbrath CRB10/1278

1ª**Jornada
Acadêmica
do Curso
de Medicina****Medicina e
Suas Interfaces**

APRESENTAÇÃO

Em sua primeira publicação os Anais Científicos da 1ª Jornada Acadêmica da Faculdade de Medicina da URI Erechim, mantem-se na vanguarda do conhecimento científico e amplia seus horizontes, no momento em que transpassa os ensinamentos cognitivos para buscar na pesquisa as bases sólidas da investigação científica.

Interagir e transformar o universo da graduação com ênfase na atenção, gestão e educação em saúde em ambientes de contínua aprendizagem, crescimento e integração com a sociedade faz parte dos objetivos da formação acadêmica desta instituição.

Nesta publicação vocês encontrarão 24 resumos expandidos que retratam cenários interdisciplinares inter-relacionando a Morfologia humana à Imersão SUS, integrando a estes conhecimentos a Bioquímica, Biofísica, Biologia Molecular, Políticas Públicas de Saúde, Antropologia e Fisiologia.

Destaca-se que a integração dos saberes entre a pesquisa prática e a academia é fundamental para a produção do conhecimento científico, e seu estabelecimento nesta produção, que compartilha as intensas discussões, retratam a preocupação que professores, acadêmicos e organizações vivenciam a cada mudança no contexto de saúde do Brasil.

Externamos nosso agradecimento e reconhecimento pelo excelente trabalho, dedicação e envolvimento de todos os Acadêmicos da Faculdade de Medicina da URI Erechim.

Convidamos a todos para conhecerem um pouco das experiências e discussões relatadas, certamente aprendemos muito ao longo da produção e esperamos que vocês leitores considerem estas publicações um recurso educacional excepcionalmente valioso.

Prof. Dr. Sergio Bigolin
Coordenador do Curso de Medicina

SUMÁRIO

A CONTRIBUIÇÃO DA BOA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PRÁTICA CLÍNICA PARA O TRATAMENTO HUMANIZADO	6
AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS E ESPECIFICIDADES DO DIAGNÓSTICO MÉDICO DE ALGUMAS ACIDEMIAS ORGÂNICAS	11
ADENOCARCINOMA DE ÚRACO	16
ARTRODESE TOTAL DE JOELHO	21
CÂNCER DE MAMA EM MULHERES: ESTAGIAMENTO E SOBREVIDA NA REGIÃO DO ALTO URUGUAI DO RIO GRANDE DO SUL - ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS.....	25
CORÉIA DE HUNTINGTON.....	30
DOR FETAL.....	35
CÂNCER TESTICULAR: RECORTE EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS CIRÚRGICOS DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	42
ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA – UMA BREVE REVISÃO LITERÁRIA..	44
GRAVIDEZ ECTÓPICA CORNUAL	49
HISTÓRIA EVOLUTIVA E TRANSTORNOS MENTAIS DO CÉREBRO	53
NECESSIDADE DE NOTIFICAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NOS CASOS DE ESTUPRO DE VULNERÁVEL	58
MALFORMAÇÕES DO SEPTO INTERATRIAL: COMO OCORRE E DIAGNÓSTICO	62
NOVAS TERAPIAS NO CÂNCER DE PULMÃO: RELATO DE CASO	68
O ACOLHIMENTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO POR ACADÊMICAS DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	73

1^a**Jornada
Acadêmica
do Curso
de Medicina****Medicina e
Suas Interfaces**

PERCEÇÃO SOBRE A APLICABILIDADE E ADESÃO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE	78
PNEUMONIA COMUNITÁRIA GRAVE POR <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> : RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.....	82
PREVENÇÃO DE TENDINITE PATELAR NO PÓS-OPERATÓRIO DE RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.....	89
PROTÓTIPO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: UMA PROPOSTA LÚDICA EM NEUROFISIOLOGIA HUMANA.....	93
REDE CEGONHA E CADERNETA DA GESTANTE: A HUMANIZAÇÃO E O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA SAÚDE	97
RELAÇÃO DA DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D COM A INCIDÊNCIA DE OSTEOPOROSE DEVIDO A EXPOSIÇÃO SOLAR	102
RELATO DE CASO DE CARCINOMA UROTELIAL DE URETER	106
SAÚDE DO ADOLESCENTE	110
TETRACROMATISMO: UM MUNDO SOB OUTROS OLHOS.....	115

A CONTRIBUIÇÃO DA BOA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA PRÁTICA CLÍNICA PARA O TRATAMENTO HUMANIZADO

BRUM, Alana Helbich; NOGARO, Arnaldo

URI Erechim – alana_hbrum@hotmail.com – narnaldo@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A arte de ser médico exige do profissional um suporte grandioso de conhecimentos técnicos, científicos e humanistas. Estes últimos, por sua vez, têm sido ignorados por muitos que exercem a medicina devido a vários quesitos, dentre eles, os fatores tecnológicos e a consolidação do modelo capitalista que aos poucos transformaram a sociedade a qual passou a valorizar mais a ciência e os saberes práticos. Sendo assim, a relação médico-paciente torna-se cada vez mais frágil e o profissional médico acaba por se reduzir a um agente repetidor de conhecimentos científicos incapazes de curar ou amenizar o sofrimento daquele que o procura.

Assim, é imprescindível demonstrar ao profissional médico a importância que a boa comunicação médico-paciente possui para o processo de humanização do atendimento, bem como sua contribuição para diagnósticos mais seguros e melhor orientação para o usuário.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa resulta de uma investigação teórica, de natureza qualitativa, realizada em periódicos, livros, sites, etc. Pauta-se por um questionamento central: como o diálogo e a boa comunicação médico-paciente podem contribuir com o processo de humanização do atendimento médico? Em outras palavras, este é o problema por nós evidenciado e que revela a necessidade da investigação e a busca por esclarecimentos e respostas junto à literatura.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primordialmente, a medicina ocidental era uma ciência humanística que tinha como raiz a filosofia e um sistema teórico holístico, ou seja, compreendia o ser humano como um ser dotado de corpo e espírito. Nesse aspecto, os médicos daquela época entendiam a doença como um resultado de inúmeros fatores aos quais o homem era exposto: sua qualidade de vida, o meio ambiente ao qual estava inserido, suas relações interpessoais. Perante essa análise, o profissional diagnosticaria a verdadeira causa da doença e sua possível cura. Diante disso, é possível afirmar que o médico era bem mais do que um ser dotado de cultura científica, pois levava em conta dados familiares, socioculturais e ambientais no seu diagnóstico.

Após a segunda metade do século XIX, grandes avanços e descobertas impactaram e causaram uma revolução na prática médica. Houve desenvolvimento de conhecimentos nos campos das análises laboratoriais, na patologia e em vários outros tipos de exames que tornaram o diagnóstico da doença mais eficaz e capaz de proporcionar a cura e, com isso, possibilitou à medicina um controle maior das doenças já existentes e a descoberta de novas síndromes. Esse acontecimento engrandeceu os profissionais da saúde, porém, o médico foi deixando de lado sua face humanística e a medicina passou a ser vista com caráter predominante de ciência exata e biológica.

Embora muitas vantagens tenham sido advindas dessa revolução médica, outras desvantagens foram emergindo e pondo em dúvida a exclusividade da relação técnica médico-paciente, uma vez que há aumento de gastos com a saúde e os pacientes saíam dos consultórios médicos com dúvidas e com necessidade de expressar-se um pouco mais sobre sua dor. Ao encontro disso, o agente profissional da saúde também pôde perceber que o diagnóstico poderá ser facilmente concluído caso compreendesse o usuário em sua totalidade, e o contato e o diálogo com o mesmo facilitariam o tratamento se o médico possuísse maior conhecimento sobre o paciente.

Outro ponto relevante é a maneira como o usuário se expressa diante de um médico, isso quer dizer que na maioria dos casos ele procura um profissional da saúde

para falar sobre seus problemas em troca de alguém que lhe dê atenção e um tratamento coerente. Para isso, muitas vezes, as queixas são expressadas através de narrativas singulares nas quais o indivíduo modela e dá sentido ao seu sofrimento. Essa narrativa é interpretativa, baseada em fatos e descrições e, portanto, o fato do médico se colocar no lugar do outro para conseguir identificar-se e atribuir um diagnóstico adequado é fundamental. (GROSSMAN; CARDOSO, 2005).

Diante desse aspecto, é preciso focar na relação médico-paciente para que essa se consolide de maneira humanitária. Portanto, faz-se necessária a revisão do conceito de saúde nos tempos atuais. Em outras palavras, o termo saúde não deve servir apenas como antônimo de doença, pois estar saudável envolve inúmeros componentes que devem ser levados em conta no diálogo durante as consultas médicas, são eles: condições sanitárias e de moradia, família, empregabilidade, estudo, previdência social (casos de idosos), entre outros. Assim, o profissional da saúde não deve agir com impessoalidade, mas sim colocar-se no lugar do outro. A vivência dessa relação deve servir para superar a instabilidade que o paciente se encontra.

4 CONCLUSÃO

Dando ênfase ao supracitado, a necessidade de ter um contato próximo com o paciente a fim de concluir um diagnóstico correto baseado na filosofia holística foi aos poucos sendo substituída pela análise de exames e o uso de medicamentos sofisticados. Dessa forma, estava criado o conceito de médico cientificista que tem como base resultados de exames e evidências clínicas e tecnológicas. Assim, diferente da medicina holística, a relação médico-paciente era distante: o paciente procurava a cura da doença e o médico deveria servi-lo com toda a sua sabedoria. Em um de seus livros, Sacks (2003) nos conduz a pensar sobre a sistemática despersonalização que se vive quando se é paciente. As próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, se perde muitos dos seus direitos, não se é mais livre.

Para que essa humanização ocorra de fato, é imprescindível que a formação acadêmica desses profissionais não seja embasada somente em técnicas e conhecimentos científicos. Embora esses saberes sejam fundamentais no processo de reestabelecimento da saúde do paciente, é preciso uma nova formação que envolva a prática do cuidado, estruturada na vulnerabilidade, na totalidade e na dignidade do paciente. Nesse sentido, o usuário necessita ser entendido “na organização da sua vida cotidiana e faz-se necessário reconhecer que a concepção de existência de saúde, nos dias de hoje, envolve um conjunto mais amplo das necessidades humanas, como a sexualidade, a identidade, o meio ambiente, entre outras dimensões.” (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p.70-71).

REFERÊNCIAS

CAVALCANTI, L.F.; ZUCCO, L. P. **Política de saúde e serviço social**. Serviço social e políticas sociais. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

GROSSMAN, E.; CARDOSO, M. H. C. A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 30, nº 1, jan./abr. 2006, p.6-14.

SACKS, O. **Com uma perna só**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2003.

JÚNIOR, P.N.; GUIMARÃES, T. M. M. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Revista Bioética**, v. 1, n. 1, 2003, p.101-114.

OLIVEIRA, J. F.; ALBERTIN, A. L. Uma análise na relação médico-paciente frente aos recursos das tecnologias da informação. **Revista de administração e inovação**. São Paulo, v. 11, nº 2, 2014, p.132-153.

PESSINI, L. **Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS E ESPECIFICIDADES DO DIAGNÓSTICO MÉDICO DE ALGUMAS ACIDEMIAS ORGÂNICAS

OSTROWSKI, Jean Carlos; VALENTINI, Igor; AMARAL, Alexandre Umpierrez.

URI – Erechim - jeanostroski@hotmail.com - igor.valen@hotmail.com -
alexandreamaral@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Os distúrbios metabólicos agudos são eventos relativamente frequentes na infância. Suas causas mais comuns são as perturbações ventilatórias, infecções e imaturidade, o que torna o neonato suscetível a outras patologias. No entanto, alguns neonatos são acometidos por doenças metabólicas primárias de origem genética, também conhecidas como erros inatos do metabolismo (EIM), que preconizam as patologias metabólicas agudas (SHENNAR et al., 2009).

Dentre os EIM, destacam-se as acidemias orgânicas que são causadas por um defeito enzimático de natureza genética no metabolismo de aminoácidos, capaz de acarretar a interrupção de uma via metabólica, gerando acúmulo de metabólitos potencialmente tóxicos e também a falta de produtos da via bloqueada. De forma geral, os pacientes caracterizam-se por apresentar deterioração neurológica progressiva, tendo uma significativa piora no quadro quando submetidos a crises de descompensação metabólica, tais como febre e infecções (SHENNAR et al., 2009)

O presente estudo teve como objetivo fazer uma revisão da literatura sobre a acidemia glutárica tipo I, a acidemia metilmalônica e a acidemia propiônica, que são três acidemias orgânicas com frequência estabelecida na população, no intuito de expor para a comunidade médica as principais características clínicas e bioquímicas dos pacientes acometidos e métodos de diagnóstico e tratamento. Enfatiza-se que o prognóstico desses pacientes depende do diagnóstico precoce e, neste particular, os sinais e sintomas apresentados por pacientes com acidemias orgânicas e outros EIM

são comuns a várias doenças infantis, o que dificulta a realização do diagnóstico e conduta terapêutica correta, especialmente para os profissionais médicos não especializados.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consistiu em uma revisão da literatura referente a acidemias orgânicas apresentadas por neonatos, com foco direcionado a três delas: ACIDEMIA GLUTÁRICA TIPO I, ACIDEMIA METILMALÔNICA e ACIDEMIA PROPIÔNICA. Os artigos e livros analisados foram escritos em inglês e português e publicados entre os anos 2001 e 2018. A partir disso, objetivou-se organizar um resumo expandido que apresentasse uma discussão clara e objetiva a respeito das acidemias, suas especificidades, tratamento e métodos de diagnóstico médico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo das acidemias/acidúrias orgânicas é composto por um amplo e diversificado espectro de doenças metabólicas hereditárias que envolvem deficiências enzimáticas que comprometem a degradação de aminoácidos, carboidratos e ácidos graxos, resultando, conseqüentemente, em acúmulo de ácidos orgânicos potencialmente tóxicos em tecidos e líquidos corporais (urina, plasma e líquido-cefalorraquidiano).

- I. Acidemia Glutárica tipo I: nessa doença, há deficiência na atividade da enzima glutaril-CoA desidrogenase (GCDH), que atua no catabolismo dos aminoácidos lisina, triptofano e hidroxilisina. As características clínicas clássicas são acidose e/ou hipoglicemia, aliadas a convulsões e distonia. Análises neuropatológicas indicam atrofia e leucoencefalopatia cortical progressiva e, entre os 6 e 36 meses de vida, degeneração aguda bilateral do estriado precipitadas por crises de descompensação metabólicas induzidas, por exemplo, por uma infecção (GOODMAN; FRERMAN, 2001).

- II. Acidemia Metilmalônica: é marcada pela deficiência da enzima L-metilmalonil-CoA mutase, pertencente às vias de degradação dos aminoácidos isoleucina, metionina, treonina e valina. Os sinais clínicos incluem cetoacidose, hipotonia muscular, convulsões, atraso no desenvolvimento, insuficiência renal e deterioração neurológica progressiva (FENTON.; GRAVEL; ROSENBLATT, 2001).
- III. Acidemia Propiônica: é causada por uma deficiência da enzima propionil-CoA carboxilase, pertencente às vias de degradação dos aminoácidos isoleucina, metionina, treonina e valina. Os sintomas clínicos são coma cetoacidótico, hiperamonemia, cardiomiopatia, convulsões e regressão neurológica que surgem, geralmente, logo após o nascimento (FENTON.; GRAVEL; ROSENBLATT, 2001).

O diagnóstico dessas doenças só pode ser confirmado através de análise cromatográfica dos principais metabólitos acumulados no plasma e urina dos pacientes, detalhados na tabela 1.

A tabela 1 abaixo resume as principais sintomatologias e características apresentadas pelos pacientes, os principais ácidos orgânicos e metabólitos acumulados, bem como o tratamento dessas doenças.

Tabela 1 – Comparação entre as acidemias orgânicas

Distúrbio (defeito bioquímico)	Sintomatologia e características principais	Metabólitos acumulados	Tratamento
Acidemia glutárica tipo I (Glutaril-CoA desidrogenase) (GOODMAN; FRERMAN, 2001; CASELLA et al., 1998).	Macrocefalia, atrofia frontotemporal, crises encefalopáticas agudas, destruição dos gânglios da base, distonia, discinesia.	Ácidos glutárico, 3-hidroxi glutárico e glutacônico, glutarilcarnitina.	Suplementação com carnitina e dieta hipoproteica restrita em lisina e triptofano.
Acidemia metilmalônica (L-metilmalonil-CoA mutase) (FENTON; GRAVEL; ROSENBLATT, 2001).	Letargia, coma, hipotonia, vômitos, convulsões, recusa alimentar, cetoacidose, ataxia.	Ácidos metilmalônico, propiônico, 3-hidroxi propiônico e metilcítrico, propionilglicina.	Suplementação com carnitina, dieta hipoproteica e restrita em precursores de propionato.
Acidemia propiônica (Propionil-CoA carboxilase) (FENTON; GRAVEL; ROSENBLATT, 2001).	Letargia, coma, vômitos, convulsões, cetoacidose, atraso no desenvolvimento, hipotonia, ataxia.	Ácidos propiônico, 3-hidroxi propiônico e metilcítrico, propionilglicina.	Suplementação com carnitina e antibióticos contra bactérias intestinais produtoras de ácido propiônico.

4 CONCLUSÕES

Considerando a tamanha semelhança na sintomatologia das acidemias orgânicas e demais doenças neonatais, o aumento no número de casos em razão dos novos métodos de diagnóstico e o rápido desenvolvimento da medicina, a educação dos profissionais para identificar os casos suspeitos e proporcionar o diagnóstico precoce é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Isso se deve ao fato de o diagnóstico precoce de acidemias orgânicas permitir o imediato início do tratamento para evitar complicações futuras, como as crises de descompensação metabólica agudas, que levam a uma piora significativa nos sintomas. Além disso, ao iniciar o tratamento de uma acidemia orgânica partindo de um diagnóstico impreciso a partir de uma análise superficial obtida de exames laboratoriais de rotina, isso acabará postergando ainda mais o diagnóstico correto e alavancando seu agrave. Portanto, quando há a suspeita de uma acidemia orgânica, o médico responsável deve prontamente iniciar o tratamento com restrição de proteínas na dieta e prevenção de catabolismo, além de solicitar a realização de um screening neonatal para acidemias orgânicas em amostra de sangue e urina em centro especializado para o diagnóstico dessas doenças (WAJNER et al., 2001; SHENNAR et al., 2015).

Por fim, além da educação médica no Brasil, de uma forma geral, abordar superficialmente o ensino de doenças raras do metabolismo, incluindo as acidemias orgânicas neonatais, o custo para a realização dos exames necessários para o diagnóstico eficiente e precoce das acidemias tratadas no estudo são elevados para o sistema único de saúde, implicando numa piora no prognóstico de boa parte desses pacientes no Brasil. Cabe ressaltar que países desenvolvidos, como Estados Unidos e Holanda, possuem um espectro muito mais elevado de acidemias orgânicas no programa de screening neonatal de doenças raras, sendo, portanto, referências no diagnóstico e tratamento dessas doenças (WAJNER et al., 2015).

REFERÊNCIAS

CASELLA, E.B.; BRESOLIN, A.U.; VALENTE, M.; DANIEL, D. A.; MACHADO, J.J.; VIEIRA, M.A.; TENÓRIO, A.G.; CHAMOLES, N. Acidúria glutárica tipo 1: variabilidade fenotípica. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 56, n. 3B, p. 545-552, Sept. 1998.

FENTON, W.A.; GRAVEL, R.A.; ROSENBLATT, D.S. Disorders of Propionate and Methylmalonate Metabolism. **The Online Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease (OMMBID)**, 2001.

GOODMAN, Stephen I.; FRERMAN, Frank E. Organic Acidemias Due to Defects in Lysine Oxidation: 2-Ketoadipic Acidemia and Glutaric Acidemia. **The Online Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease (OMMBID)**, 2001.

SHENNAR, H.K.; AL-ASMAR, D.; KADDOURA, A.; AL-FAHOUM, S. Diagnosis and clinical features of organic acidemias: A hospital-based study in a single center in Damascus, Syria. **Qatar Medical Journal**, v.1, n.9, 2015.

SHENNAR, Hala K., et al. Diagnosis and clinical features of organic acidemias: A hospital-based study in a single center in Damascus. **National Center for Biotechnology Information**, U.S. National Library of Medicine (NCBI), 2009.

WAJNER, M.; BARSCHAK, A.G.; LUFT, A.P.; PIRES, R.; GRILLO, E.; LOHR, A.; FUNAYAMA, C.; SANSEVERINO, M.T.; GIUGLIANI, R.; VARGAS, C.R. Acidúrias orgânicas: diagnóstico em pacientes de alto risco no Brasil: Organic aciduria: diagnosis in high-risk Brazilian patients. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.77, n.5, p.401-406, 2001.

ADENOCARCINOMA DE ÚRACO

PAGNONCELLI, Rafaela Poliana; DE CESARO, Bruna Albiero;

BIANCHI, Douglas Filipe; FRANCIOSI, Felipe Santos; GUOLLO, Marcelo.

URI Erechim – rafa.pagnoncelli@icloud.com – brunaalbierodecesaro@gmail.com –
douglasb@alunos.upf.br – fefranciosi2907@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O úraco é um cordão fibroso, resultado da contração e obliteração do alantoide, ligado ao ápice da bexiga e ao umbigo. Durante o quarto e o quinto mês de desenvolvimento intrauterino, a bexiga desce para a pelve, enquanto o lúmen do úraco é progressivamente obliterado (ASHLEY et al., 2006). Na fase adulta, transforma-se em um resquício fibroso o ligamento umbilical mediano que, coberto pelo peritônio parietal anterior, forma a prega umbilical mediana.

O adenocarcinoma de úraco é uma neoplasia do tecido urotelial possivelmente originada de restos embrionários, durante o desenvolvimento da bexiga ou de metaplasia do próprio ligamento umbilical mediano, sua prevalência quando neoplasia primária do úraco é extremamente rara, correspondendo entre 0,4 a 0,7% de todas as neoplasias da bexiga (KOSTER; CLEYDERT; GIRAD, 2009). Por seu diagnóstico raro, a suspeição de tal doença é na maioria das vezes tardia, sendo o objetivo dos casos relatados elevar sua hipótese diagnóstica entre as neoplasias primárias da bexiga, visto que seu tratamento difere em morbidade quando estabelecido precocemente.

2 METODOLOGIA

Este trabalho está fundamentado no relato de dois casos clínico-cirúrgicos de pacientes pertencentes ao serviço de Uro-Oncologia do Hospital Santa Terezinha de Erechim. A partir da aplicação de um consentimento informado e orientações acerca do trabalho desenvolvido os pacientes permitiram a divulgação de dados clínicos,

laboratoriais, exames de imagem e anatomopatológicos, bem como imagens fotográficas de peças cirúrgicas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato de caso 1: Z.S, 45 anos, masculino, encaminhado ao serviço de Urooncologia por quadro recorrente de hematúria macroscópica, sendo precedido há 11 meses de episódios de polaciúria e desconforto em abdome inferior. Recebeu antibioticoterapia em consulta prévia por suspeita de infecção urinária, sem melhora dos sintomas. Ao exame físico não apresentava particularidades. Solicitado ultrassonografia de abdome total no qual evidenciou-se tumoração focal da parede anterior com protrusão intra-vesical. Realizado cistoscopia, com visualização de lesão vegetante em cúpula vesical, sendo submetido a biópsia via endoscópica cujo anatomopatológico confirmou adenocarcinoma mucossecretor. Indicou-se ressecção transuretral da lesão cujo novo anatomopatológico ratificou diagnóstico prévio de adenocarcinoma de úraco padrão intestinal. Para realização de estadiamento local e a distância solicitou-se tomografia computadorizada de pelve e abdome, demonstrando na região da linha média e hipogástrico, lesão expansiva com realce heterogêneo contígua a transição úraco-vesical. Neste caso, optou-se como tratamento a realização de cistectomia parcial com ampla ressecção da cúpula vesical e linfadenectomia pélvica. O anatomopatológico da peça cirúrgica apresentou margens livres. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, e segue em acompanhamento ambulatorial livre de recidivas.

Relato de caso 2: C.M.M, 55 anos, feminina, iniciou com episódios de dor em hipogástrico, sem irradiação e sem fatores desencadeantes associada a sintomas urinários irritativos há aproximadamente dois anos. Há 10 meses evoluiu com hematúria macroscópica e dor lombar bilateral sendo então submetida, a ultrassonografia do aparelho urinário que evidenciou tumoração aderida a parede posterior da bexiga com protusão intra-vesical. Realizou-se tomografia computadorizada de abdome superior e pelve, demonstrando lesão de aspecto expansivo e vegetante em contiguidade com a vesical anterior. Indicou-se ressecção

transuretral da lesão diagnosticando-se adenocarcinoma de padrão intestinal com áreas mucinosas no exame anatomopatológico. Após completar estadiamento clínico foi submetida a cistectomia parcial, recebendo alta com evolução satisfatória. No estadiamento cirúrgico, anatomopatológico demonstrou peça com margens comprometidas, sendo planejada nova intervenção para ampliação das margens cirúrgicas.

O adenocarcinoma de úraco apresenta sintomatologia variável, sendo os sintomas mais característicos: hematúria (80%), dor suprapúbica (70%), sintomas irritativos (40 a 50%) e mucosúria (9%) (KIM; LEE, 2007). Nos casos apresentados, a hematúria se constituiu de um sintoma tardio, sendo precedido em até 24 meses dos sintomas irritativos e da dor suprapúbica, a evolução para hematúria, sobretudo a macroscópica se deve ao acometimento da parede vesical, que apesar de ser o sintoma mais prevalente, o qual muitas vezes leva a sua investigação, pode estar irressecável ao momento do diagnóstico. Os exames de imagem são característicos, e são preferencialmente feitos por ultrassonografia e tomografia computadorizada. Nestes, os tumores do úraco se apresentam como lesões heterogêneas, com limites relativamente bem definidos, geralmente ocupando a linha média do abdome inferior, entre a cicatriz umbilical e o domus da bexiga (THALI-SCHWAB; WOODWARD; WAGNER, 2005; GOPALAN et al., 2008; MIYATA et al., 2011).

A cirurgia é um tratamento eficaz e corresponde ao melhor prognóstico do paciente. A maioria dos trabalhos que compara cistectomia parcial versus radical não demonstraram diferenças significativas em relação à sobrevida global (DONATE MORENO, 2005; SHELDON, 1984). Devido a inespecificidade cirúrgica em conseguir margens adequadas, como no segundo caso apresentado, ou da ressecção em bloco ser imprescindível, há certo impasse na literatura sobre os critérios de não eleição da cistectomia parcial, concorda-se, contudo, que quando bem indicada a cistectomia parcial demonstra melhor qualidade de vida a esses pacientes. No entanto, nos pacientes metastáticos ou, eventualmente, sem condições de ressecabilidade, vários regimes de radiação e quimioterapia têm sido utilizados, mas novamente em função dos poucos estudos, nenhum deles está suficientemente estabelecido (MALLAMPATI; SIEGELMAN, 2004; HONG; KIM; HWANG, 2007).

4 CONCLUSÕES

É imperioso ressaltar que o adenocarcinoma de úraco é uma doença rara e silenciosa, que pode evoluir por longo tempo com sintomas inespecíficos até o início de hematúria, como nos casos relatados. Desta forma é necessária alta suspeição clínica para um diagnóstico precoce, visto que há implicação direta na sobrevida desses pacientes, pois, entre 16 a 32% dos pacientes apresentam metástases no momento do diagnóstico (KOSTER; CLEYDERT; GIRAD, 2009; HERR et al., 2007). Além disso, pacientes submetidos a cirurgia e que apresentam doença confinada a bexiga, úraco e gordura periuracal têm sobrevida, em cinco anos, de 88% (HERR et al., 2007). Portanto, a condição desses pacientes está diretamente ligada a instituição precoce do tratamento cirúrgico e a extensão da doença no momento do diagnóstico, por conta disso, em condições de doença avançada ou irrecutível o prognóstico é reservado.

REFERÊNCIAS

ASHLEY, R.A.; INMAN, B.A.; SEBO, T.J.; LEIBORICH, B.C.; BLUE, M.L.; KWON, E.D.; ZINCKE, H. Urachal carcinoma: clinicopathologic features and long-term outcomes of an aggressive malignancy. **Cancer**, v. 107, p.712-717, 2006.

DONATE MORENO, M.J.; GIMENEZ-BACHS, J.M.; SALINAS-SANCHEZ, A.S.; LORENZO, G. Urachal pathology: an overview review and report of three clinical cases. **Actas Urol. Esp.**, v. 29, n.3, p.332-336, 2005.

GOPALAN, A.; SHARP, D.S.; FINE, S.W.; TICKOO, S.K.; HERR, H.W.; REUTER, V.E; OLGAC, S. Urachal carcinoma. A clinicopathologic analysis of 24 cases with outcome correlation. **Am. J. Pathol.** v. 33, p.659-668, 2008.

HERR HW, BOCHNER BH, SHARP D, DALBAGNI G, REUTER VE. Urachal carcinoma: contemporary surgical outcomes. **J. Urol.**, v.178, n.1, p.74-78. 2007.
HONG, S.H.; KIM, J.C.; HWANG, T.K. Laparoscopic partial cystectomy with en bloc resection of the urachus for urachal adenocarcinoma. **Int. J. Urol.** v. 14, p.963-965, 2007.

KIM, K.W.; LEE, H.J. Urachal remnant diseases: spectrum of Ct and US findings. **Radiographics**, v. 21, p.451-461, 2007.

KOSTER, M.I.; CLEYDERT, P.; GIRAD, R.W. Best cases from AFIP. Urachal carcinoma. **Radiographics**, v. 29, n.3, p.939-942, 2009.

MALLAMPATI, G.K.; SIEGELMAN, E.S.; MR imaging of the bladder. **Magn. Reson. Imaging Clin. N. Am.** v. 12, n.3, p.545-555, 2004.

MIYATA, Y.; SAGARA, Y.; MATSUO, T.; OHBA, K.; TAKAHASHI, H.; SAKAI, H.; KANETAKE, H. Response of recurrent urachal cancer to Gemcitabine and Cisplatin therapy: a case report and literatura reveiw. **Anticancer Research**. v. 31, p.2335-2338, 2011.

MOLINA, J.R; QUEVEDO, J.F.; FUTH, A.F.; RICHARDSON, R.L.; ZINCKE, HL.; BRCH, P.A. Predictors of survival form urachal cancer. A Mayo Clinic study of 49 cases. **Cancer**, n.110, p.2434-40, 2007.

SHELDON, C.A.; CLAYMAN RV, GONZALEZ R, WILLIAMS RD, FRALEY EE. Malignant urachal lesions. **J. Urol.**, v. 131, n.1, p.1-8. 1984.

THALI-SCHWAB; WOODWARD; PJ WAGNER BJ. Computed tomographic appearance of urachal adenocarcinomas: a review of 25 cases. **Eur. Radiol.** v. 15, p.79-84, 2005.

ARTRODESE TOTAL DE JOELHO

KAUTZ, Luma Girardi; ZAMPIERI, Victória Cosel;

WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk; STROHER, Ângelo Luis.

URI Erechim - luma.kautz@hotmail.com - vic_amk@hotmail.com -

msalete@uri.com.br - angelo.md@bol.com.br

1 INTRODUÇÃO

A artrodese do joelho foi muito utilizada no passado, sendo realizada pela primeira vez pelo Professor Albert, de Viena, em 1878, para instabilidade causada por poliomielite (CANALE, 2006). Atualmente, com o sucesso da artroplastia total de joelho, a artrodese é pouco vista como primeira opção, sendo utilizada algumas vezes quando há falência séptica na artroplastia total de joelho (CAMACHO et al., 2012).

Existem diferentes classificações para as técnicas utilizadas na artrodese do joelho, de acordo com o tipo de fixação, como por fixação externa, fixação por haste intramedular e com fixação por placa. De acordo com Canale (2006), a artrodese de compressão com fixação externa é indicada para joelhos com mínima perda óssea e largas superfícies esponjosas, enquanto a técnica de fixação por haste intramedular é mais apropriada quando a perda óssea não possibilita que a compressão seja exercida através de áreas de contato de osso esponjoso. Já a artrodese com fixação por placa é um método no qual a articulação do joelho é fixada por duas placas longas colocadas perpendicularmente uma à outra.

Por conseguinte, o presente estudo tem por objetivo descrever uma cirurgia de preservação do membro inferior, com cura de infecção, para, destarte, comprovar a melhora na qualidade de vida da paciente, capacitando-a de deambular.

2 METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como relato de caso do tipo descritivo e exploratório. Desenvolveu-se durante o acompanhamento de uma prática cirúrgica do médico ortopedista Ângelo Luis Stroher, responsável pela cirurgia de artrodese total de joelho. As demais informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais a paciente foi submetida, com consentimento da mesma e revisão da literatura.

O presente relato é de um indivíduo do gênero feminino, branco, 75 anos, que passou por artroplastia total de joelho, evoluindo para um quadro de infecção de prótese. Foi indicada a remoção da prótese e a introdução de um fixador externo (Figura 1) em combinação com cimento ortopédico entre a tíbia e o fêmur até a realização da artrodese total de joelho, um ano após. O procedimento cirúrgico teve início com a retirada da patela, seguido da técnica de inserção de duas placas ortogonais de grandes fragmentos, com 12 furos cada (Figura 2), conforme Canale (2006). Dessa forma, a cirurgia foi uma alternativa para melhorar a qualidade de vida, possibilitando a realização de suas atividades cotidianas com menor intensidade dor.



Figura 1 - Fixador externo.
Fonte: os autores (2018)

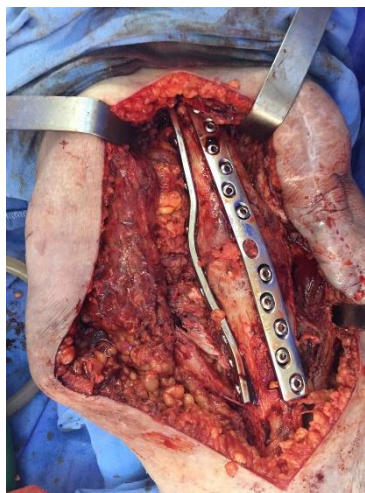


Figura 2 - Placas ortogonais.
Fonte: os autores (2018)



Figura 3 - Imagem de raio-x pós-operatório.
Fonte: os autores (2018)

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até o presente momento, aproximadamente 3 meses após a cirurgia, a paciente submetida à artrodese total de joelho manteve-se em um bom estado geral (BEG) e capacitada a deambular, uma vez que é de suma importância a mobilização precoce do paciente sem apoio do membro operado de 4 a 6 semanas. Deve-se usar muletas até a consolidação ser obtida clínica e radiograficamente. Ademais, a fixação das placas evita o uso de tala, tendo em vista a segurança que esse método cirúrgico proporciona. Todavia, enxerto ósseo pode ser necessário caso estiverem presentes alterações importantes.

A literatura indica maior independência de marcha, com uso de muletas ou andador, a partir do segundo mês pós-cirúrgico. Frequentemente, é necessário o uso de um calço, como uma palmilha, visto que a perna é operada em determinado grau de flexão, valgo e rotação externa.

Comparada com a fixação externa, a fixação com placas duplas apresenta a vantagem de causar menos infecção e afrouxamento de pinos, ideal para o caso apresentado (CANALE, 2006).

4 CONCLUSÕES

Observou-se, portanto, que a principal indicação de cirurgia de artrodese do joelho decorre de complicações por infecção, o que limita muito a vida diária em função da perda do arco de movimento. É importante ressaltar que, de acordo com Canale (2006), a maioria das artrodeses de joelho relatadas têm consolidação bem-sucedida em 80% a 98% dos pacientes, com preservação do membro inferior afetado, sem evolução de amputação deste. Desse modo, quanto ao objetivo da cirurgia em preservar o membro inferior e ter uma melhora qualidade de vida, sobretudo nas tarefas rotineiras, entende-se que foi atingido em plenitude. Para tal, exige complemento com calço para equiparação do membro e fisioterapia para o treino de marcha, de modo que a paciente possa aprender a deambular com o membro inferior estendido.

REFERÊNCIAS

CAMACHO, António; BARBOSA, Jorge; MOREIRA, Rodrigo; MOREIRA, João. Artrodese de joelho. Revisão teoria e resultados retrospectivos de 22 casos consecutivos. **Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia**, p.326, 2012.

CANALE, S. Terry. **Cirurgia Ortopédica de Campbell**, v. 1, p.178-182, 2006.

CÂNCER DE MAMA EM MULHERES: ESTAGIAMENTO E SOBREVIDA NA REGIÃO DO ALTO URUGUAI DO RIO GRANDE DO SUL - ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS

RIGO, Eduardo Fabian; D'AGOSTINI, Eduarda; DA LUZ, Matheus Cornelio; SARTORI, Juliano.

URI Erechim – e.frigo@hotmail.com; eduardadgtn@gmail.com;
mathcluz@hotmail.com; jsartori@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama, excluindo-se os tumores de pele não melanoma, é o segundo tipo de neoplasia maligna mais frequente em mulheres no mundo e a mais comum entre as mulheres no Brasil, correspondendo por aproximadamente 28% dos casos novos a cada ano segundo dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer do Brasil). Embora raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência é crescente, em especial após os 50 anos (BRASIL, 2018).

Além disso, é o câncer mais letal entre as mulheres (MALVEZZI et al., 2014). No Brasil, entre os anos de 1980 e 2014, o número de óbitos por câncer de mama superou os 285 mil (BRASIL, 2018). Baseando-se em tal número, e tendo como parâmetro que cerca de 60% dos tumores malignos de mama são diagnosticados em estágios avançados (CALDAS et al., 2005), é notório que, infelizmente, em nosso país há certo descaso acerca desta neoplasia, seja por parte das pessoas ou por parte do próprio Estado. Sendo assim, a prevenção e a detecção precoce da doença são fundamentais para se obter sucesso no controle da doença.

Desta forma, a fim de compreender a complexidade e o impacto desta patologia na saúde da mulher, temos como objetivo neste estudo analisar o estagiamento no diagnóstico do câncer de mama e a sobrevida da doença em mulheres na região do Alto Uruguai do Rio Grande do Sul.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão descritiva e bibliográfica a partir de dados epidemiológicos secundários provenientes de uma pesquisa previamente realizada que analisou 457 casos de câncer de mama em mulheres na região do Alto Uruguai com um seguimento de 15 anos. As informações de interesse para o estudo, estadiamento do câncer de mama e sobrevida, foram obtidas a partir do banco de dados da pesquisa “*Grau de expressão da sirtuína-1 (sirt-1) em tecido tumoral de mulheres com câncer de mama: valor prognóstico independente ou associado a variáveis clínicas, histopatológicas e imuno-histoquímicas*” (SARTORI, 2016). O levantamento bibliográfico utilizou-se das seguintes palavras-chaves: câncer de mama, diagnóstico, tratamento e sobrevida, considerando-se o período de 2007 a 2018.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de melhor compreender o estadiamento no diagnóstico e a sobrevida em mulheres da região do Alto Uruguai, do estado do Rio Grande do Sul, a análise partiu inicialmente quanto ao tamanho do tumor de mama, sendo posteriormente avaliado o envolvimento metastático dos linfonodos axilares, bem como o estadiamento TNM.

Quanto ao tamanho do tumor, este foi distribuído em intervalos de medidas seguindo critérios internacionais adotados pela classificação de tumores malignos - TNM, do American Joint Committee on Cancer (AJCC) designados para o câncer de mama. Sendo assim, de acordo com os registros dos tipos histológicos de câncer de mama, observou-se 131 pacientes (28,7%) com tumores T1 (< 2cm); 265 pacientes (58%) com tumores T2 (2 a 4,9cm); 34 pacientes (7,4%) com tumores T3 (\geq 5cm) e 27 pacientes (5,9%) com tumores T4 (inflamatórios).

Em relação ao envolvimento metastático dos linfonodos axilares, foram encontrados 225 pacientes (49,2%) sem comprometimento metastático axilar (N0); 146 pacientes (31,9%) com comprometimento de até 4 linfonodos axilares (N1); 71 pacientes (15,6%) com comprometimento de 4 ou mais linfonodos axilares (N2); e 15

pacientes (3,3%) com linfonodos fusionados comprometidos (N3). Quanto a presença de metástases sistêmicas, observou-se que a ampla maioria dos casos, 452 pacientes (98,9%), não apresentavam metástases no momento do diagnóstico. De acordo com os registros, apenas 5 pacientes (1,1%) apresentavam metástases à distância.

Já em relação ao estadiamento TNM (AJCC) para câncer de mama, este foi assim classificado: Estágio I - tumores menores a 2 cm de diâmetro máximo, axila negativa e sem metástases; Estágio II - tumores entre 2 e 4,9 cm, axila negativa e sem metástases, ou qualquer tamanho de tumor, axila positiva com até 3 linfonodos comprometidos, sem linfonodos fusionados e sem metástases; Estágio III - qualquer tamanho tumoral desde que a axila seja positiva com 4 ou mais linfonodos comprometidos ou fusionados, tumores inflamatórios, tumores maiores que 5 cm e axila positiva independente no número de linfonodos envolvidos, e sem metástases; e Estágio IV - qualquer tamanho do tumoral ou status axilar, tendo evidências de metástases sistêmicas. Desta forma, a análise trouxe os seguintes resultados: Estágio I: 91 casos (19,9%); Estágio II: 249 casos (54,5%); Estágio III: 112 casos (24,5%); e Estágio IV: 5 casos (1,1%).

A coorte estudada apresentou estimativas de sobrevida global medianas, em 5 anos e 10 anos, estimadas em 79,6% e 69,1%, respectivamente. No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), as estimativas de sobrevida em 5 anos para câncer de mama avançados são de 55 a 60% (BRASIL, 2016), enquanto que nos Estados Unidos, o câncer de mama, em estágio inicial, apresentava estimativas de sobrevida em 5 anos, entre 65 e 92%, e em estágio avançado, entre 14 e 47% (TANEJA et al., 2010). Na coorte estudada em Erechim, o número de mortes ocorridas em pacientes com tumores maiores que 5 cm (T3) ou tumores inflamatórios (T4), durante o tempo de seguimento da coorte, foi de 41,2% e 40,7% dos casos, respectivamente. A estimativa de sobrevida de acordo com o tamanho tumoral verificada na coorte foi inversamente proporcional ao seu tamanho. Além disso, os dados obtidos demonstram que, para a maioria das pacientes, o diagnóstico inicial foi realizado quando o tumor apresentava-se com tamanho maior que 2 cm, portanto, mais avançado, e possivelmente, palpável ao toque digital. Nestes casos, a possibilidade de ter uma sobrevida menor é esperada e, conseqüentemente, com

risco maior de morte. Entretanto, quando o diagnóstico é realizado por mamografia de rastreamento, os tumores poderão estar impalpáveis ao exame clínico das mamas e, portanto, diagnosticados com tamanhos menores, podendo obter uma sobrevida, após tratamento, significativamente maior. Corroborando com dados da literatura, o status de comprometimento metastático axilar, além de determinar um estágio mais avançado do câncer de mama, prediz uma menor sobrevida (COATES et al., 2015; SENKUS et al., 2015).

4 CONCLUSÕES

Os achados investigados e descritos relativos aos casos de câncer de mama das mulheres na região do Alto Uruguai demonstram a necessidade de buscar ativamente o diagnóstico precoce do câncer de mama, permitindo a oportunidade de cura e de melhor sobrevida. Além disto, propõe a identificação de possíveis fragilidades nos programas de rastreamento feminino relacionadas ao câncer de mama na região estudada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

CALDAS, F.A.A.; ISA, H.L.V.R.; TRIPPIA, A.C.; BÍSCARO, A.C. F.P.J.; SOZA, E.C.C.; TAJARA, L.M. Controle de qualidade e artefatos na mamografia. **Revista radiologia Brasileira**, v.38, n.4; 295-300, 2005.

COATES, A. S.; WINER, E.P.; GOLDHIRSCH, A.; GELBER, R.D.; GANT, M.; PICCART-GEBHART, M.; THÜRLIMANN, B.; SENN, H.J. Tailoring therapies-improving the management of early breast cancer: St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2015. **Annals of Oncology**, v.26, n.8, p.1533-1546, 2015.

MALVEZZI, M.; CARIOLE, G.; BERTUCCIO, P.; ROSSO, T.; BOFFETTA, P.; LEVI, F.; LA VECCHIA, C.; NEGRI, E. European cancer mortality predictions of the year 2014. **Annals of Oncology**, v.25, p.1650-1656, 2014.

SARTORI, Juliano. **Grau de expressão da sirtuína-1 (sirt-1) em tecido tumoral de mulheres com câncer de mama:** valor prognóstico independente ou associado a variáveis clínicas, histopatológicas e imuno-histoquímicas. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS. Porto Alegre, 2016.

SENKUS, E.; KYRIAKIDES, S.; OHNO, S.; PENAULT-LLORCA, F.; POORTMANS, P.; RUTGERS, E.; ZACKRISSON, S.; CARDOSO, F. On behalf of the ESMO Guidelines Committee. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, v.26, n.5, p.v8–v30, 2015. Disponível em: <<http://annonc.oxfordjournals.org>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

TANEJA, P.; MAGLIC, D.; KAI, F.; ZHU, S.; KENDIG, R.D.; ELIZABEHT, A.F.; INOUE, K. Classical and Novel Prognostic Markers for Breast Cancer and their Clinical Significance. **Clinical Medicine Insights: Oncology**, n.4, p.15–34, 2010.

CORÉIA DE HUNTINGTON

CENI, Paola Wozniak; NASCIMENTO, Vivianne Amanda;

CASSEL, Laura; GRITTI, Leandro Antônio.

URI Erechim - paolaceni@hotmail.com - vivianneamandda@gmail.com -

lauracassel98@gmail.com - leandro@gritti.com.br

1 INTRODUÇÃO

A doença de Huntington é uma patologia neurodegenerativa, geneticamente herdada, que se caracteriza pela perda de coordenação motora, declínio cognitivo, alterações psiquiátricas e demência cognitiva. A coréia é caracterizada como um movimento anormal resultante de contrações musculares ao acaso, ocasionando um fluxo contínuo e imprevisível de movimentos anormais. O protótipo genético da coréia, é a doença de Huntington, causada por uma mutação no gene da proteína huntingtina, de herança autossômica dominante e considerada a forma mais comum de coreia degenerativa em adultos. Apesar de, habitualmente, ter instalação tardia, pode se desenvolver em qualquer faixa etária. É chamada doença de Huntington juvenil quando antes dos 20 anos de idade. O quadro clínico é dominado por uma síndrome coréica associada a outras alterações motoras e mentais, com evolução invariavelmente fatal em um período que varia de 15 a 20 anos (BRASIL NETO, 2013; SPITZ, 2010; ROSAS et al., 2018).

É uma doença familiar, não apenas sob o ângulo da transmissão genética, mas por impactar toda a família, direta ou indiretamente, sob os aspectos psicossociais, de cuidados, financeiros entre outros (WOLFF; MCINNES, 2003;).

Diante disso, o objetivo do presente estudo é fazer uma breve revisão sobre a Coréia de Huntington, abordando desde aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento.

2 METODOLOGIA

Para elaboração da presente revisão de literatura foram utilizadas, como base de dados, livro texto de neurologia, além de artigos e publicações, nacionais e internacionais, já existentes encontrados na base de dados pubmed, scielo, medscape e site de busca google acadêmico. A presente revisão não pretende extensa, nem esgotar o assunto.

3 DISCUSSÃO

A Coreia de Huntington (CH) é a principal causa hereditária de coreia, de transmissão autossômica dominante, causada pelo excesso de repetições das bases nitrogenadas CAG (citosina-adenina-guanina), progressiva e letal do cérebro e que afeta pessoas de todas as raças em todo mundo. Apresenta-se como uma doença neurodegenerativa na qual a disfunção celular é induzida pela huntingtina mutante e cujos sintomas são causados por perda marcante de células em uma parte do cérebro denominada gânglios da base. Embora, mais recentemente, também foi identificado o comprometimento da substância branca do cérebro. Este dano afeta a capacidade cognitiva (pensamento, julgamento, memória), os movimentos e o equilíbrio emocional. Ocorre na idade adulta com início aproximado entre 30 e 50 anos, entretanto o desenvolvimento em crianças, jovens e idosos é bem descrito. A CH desenvolve-se progressivamente resultando em óbito de 15 a 20 anos após o início dos sintomas, sendo sua principal causa a pneumonia aspirativa devido a imobilidade e disfagia (SPITZ, 2010; GIL-MOHAPEL; REGO, 2011; WOLFF; MCINNES, 2003; ROSAS et al., 2018; MARTELI, 2015).

Assim, a CH é uma doença assinalada por defeitos na neurotransmissão, geneticamente definidos. A alteração genética é uma expansão de trinucleotídeos CAG no braço curto do cromossomo 4, codificando repetições na proteína huntingtina (apresenta função normal desconhecida), tornando-a resistente a degradação proteica e acredita-se desencadear o processo neurodegenerativo da patologia (BRASIL NETO, 2013; SPITZ, 2010; MARTELI, 2015). Os agregados proteicos

causam desregulação de importantes vias intracelulares, além de severa disfunção de suas vias de sinalização, conduzindo a degeneração de vias neuronais significativas e perdas no estriado, córtex cerebral (regiões frontal, parietal e temporal, com perdas menores que no estriado) e estruturas como hipotálamo e outros (GIL-MOHAPEL; REGO, 2011; ZUCCATO; VALENZA; CUTTANEO, 2009). Fisiologicamente a doença de Huntington leva a atrofia gradual do estriado, o qual é composto pelo núcleo caudado e putâmen. A perda do caráter inibitório dos neurônios estriatais GABAérgicos estão associados aos movimentos involuntários característicos dessa patologia (HAN; YOU, 2010). O principal achado patológico é a perda de neurônios espinhais pequenos e médios.

Clinicamente se caracteriza pela perda de coordenação motora, alterações psiquiátricas, declínio cognitivo e demência progressiva. Há movimentos excessivos, irregularmente cronometrados, distribuídos aleatoriamente, e abruptos (coreia).

Os primeiros sinais são tênues tais como inquietação geral, hiperreflexia e movimentos inquietos dos dedos e mãos durante estresse ou ao andar (WILD; TABRIZI, 2007; WOLFF; MCINNES, 2003). Nessa fase precoce também podem ser observadas alterações na execução de movimentos, dificuldades na resolução de problemas, irritabilidade e depressão (WILD; TABRIZI, 2007; GIL-MOHAPEL; REGO, 2011; WOLFF; MCINNES, 2003; MARTELI, 2015).

O diagnóstico da Doença de Huntington (DH) inclui história familiar positiva, déficit e incoordenação motora progressivos e sintomas associados como neuropatia periférica, ataxia, epilepsia, mioclonia, disartria, disfagia, coreia ou rigidez sem causa definida e alterações psiquiátricas ou cognitivas sem precedente (SPITZ, 2010; BARBOSA; MARCHIORI, 1983). De modo geral o diagnóstico de CH não apresenta muitos obstáculos, as dificuldades surgem quando o acometimento ocorre em faixa etária menor que a habitual e quando não há antecedentes familiares⁽⁸⁾. Nos paciente jovens são observados sintomas como bradicinesia, tremores, rigidez e distonia, podendo a coreia estar ausente. Crianças, por sua vez, podem apresentar convulsões (BARBOSA; MARCHIORI, 1983). Os pacientes que evidenciam os sintomas, atualmente, são submetidos a testes genéticos a fim de identificar a presença da mutação do gene da huntingtina (GIL-MOHAPEL; REGO, 2011; MARTELI, 2015).

O tratamento até o presente é sintomático e visa estabelecer o equilíbrio bioquímico nessa condição, em que há redução da atividade gabaérgica e colinérgica e predomínio da atividade dopaminérgica. A principal classe de medicamentos utilizados no tratamento das coreias são os neurolépticos típicos, como o haloperidol. Entre os neurolépticos atípicos tem-se a olanzapina e a quetiapina, que agem como agentes antagonistas dopaminérgicos com alta afinidade por receptores D2 (receptor de dopamina). Além disso, os sintomas comportamentais e neuropsiquiátricos podem ser tratados com antidepressivos, como inibidores seletivos da recaptação de serotonina ou inibidores duais (SPITZ, 2010; WILD; TABRIZI, 2007; BARSOTTINI, 2007). Por fim, os benzodiazepínicos têm efeito anti-coreico leve e podem ser eficientes no manejo de pacientes ansiosos porém com eficácia controversa (BARBOSA; MARCHIORI, 1983; ROSAS et al., 2018). O risco e o benefício do uso de todas estas drogas sintomáticas devem ser considerados em cada paciente portador de DH (BRASIL NETO, 2013).

4 CONCLUSÃO

A Coreia de Huntington é uma doença neurodegenerativa, progressiva e fatal em um período que varia de 15 a 20 anos, que representa um grande impacto psicossocial econômico na vida do portador e de seus familiares. Por se tratar de um padrão de herança autossômica dominante, com grande probabilidade de acometimento das gerações seguintes, idade de início variável, ausência de tratamento curativo ou estabilizador da doença, o aconselhamento e o diagnóstico genéticos em assintomáticos deve ser uma decisão muito bem discutida e individualizada com cada paciente. O diagnóstico de DH necessita da presença de sinais e sintomas compatíveis, história familiar positiva e exclusão de outras formas de coreia, além da incorporação do teste genético (WOLFF; MCINNES, 2003). Na atualidade, o tratamento baseia-se no melhor controle possível dos sintomas com o menor número de efeitos colaterais. Aguardamos o desenvolvimento de medicamentos que possam controlar melhor os sintomas ou prevenir a evolução da

doença, quem sabe podendo ser usados ainda quando o paciente em risco (portador da mutação) de DH.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E.R., MARCHIORI, P.E. Coreia de Huntington - apresentação de 16 casos. **Arq. neuro-psiquiatria**, v.1, n.1, p.191-198, 1983.

BARSOTTINI, O.G.P. Doença de Huntington. O que é preciso saber? **Einstein: Educ Contin Saúde**, v.5, n.3, p.83-88, 2007.

BRASIL NETO, J. P. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

GIL-MOHAPEL, J.M.; REGO, A.C. Doença de Huntington: uma revisão dos aspectos fisiopatológicos. **Rev Neurocienc** v.19, n.4; p.724-734, 2011.

HAN, I., YOU; Y.; KORDOWER, J.H.; BRADY, S.T.; MORFINI, G.A. Differential vulnerability of neurons in Huntington's diseases: The role of cell type-specific features. **J Neurochem.**, v.113, n.5, p.1073-91, jun., 2010.

MARTELI, A. Aspectos clínicos e fisiopatológicos da Doença de Huntington. **Arch Health Invest.**, v.3, n.4, p.32-39, 2014.

ROSAS, H.D.; WILKENS, P., SALAT D.H.; MERCALDO, N.D.; VANGEL, M.; YENDIKI, A.Y.; HERSCH, S.M. Complex spatial and temporally defined myelin and axonal degeneration in Huntington disease. **NeuroImage: Clinical.**, n.20, p.236–242, 2018.

SPITZ, M. Doença de Huntington e outras coréias. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ**, v.9, n.1, p.29-38, 2010.

WILD, E.J.; TABRIZI, S.J. Differential diagnosis of chorea. **Pract Neurol.**, v.7, n.6, p.360-73, nov., 2007.

WOLFF, M.J., MCINNES, A. **Huntington's disease - A guide for families - Doença de Huntington - Guia familiar**. Atibaia-SP: ABH, 2003.

ZUCCATO, C.; VALENZA, M.; CUTTANEO, E. Molecular Mechanisms and potential therapeutic targets in Huntington's disease. **Physiol Rev.**, v.90, n.3, p.905-81, jul., 2010.

DOR FETAL

NASCIMENTO, Vivianne Amanda do; CORRÊA, Marcio Silveira; LAGO, Celso David; BIGOLIN, Sergio.

URI Erechim – vivianneamandda@gmail.com – marciomdsc@gmail.com –
lago@st.com.br – bigolinsb@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A presente revisão literária acerca da dor fetal buscou elucidar os aspectos neurológicos e embriológicos do desenvolvimento da dor em fetos. Por meio da avaliação de perspectivas neurobiológicas reiterou-se como ocorre a dor, seus mecanismos, nocicepção consciente ou não e vias necessárias. O objetivo foi abordar as vias de controle da dor, as respostas hemodinâmicas e hormonais, bem como a capacidade fetal em demonstrar expressões e o período embriológico dessas etapas. Finalmente, analisou-se as consequências sofridas pelo indivíduo exposto precocemente a dor durante o período fetal, pré-termo e neonatal.

2 METODOLOGIA

A fim de cumprir tais objetivos foi realizada uma revisão na literatura dos estudos publicados até o presente momento sobre a temática. Para localização dos artigos foi utilizada uma estratégia de busca na base do PubMed e google acadêmico, por meio de palavras-chave onde se estabeleceu uma relação entre dor fetal, expressões fetais, desenvolvimento neurológico e consequências de exposição a dor neonatal, em inglês e português sem período de publicação pré-determinado.

3 DISCUSSÃO

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP) (2004), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. Pode ser demonstrada por expressões faciais, verbalização, movimentos de retirada e outros.

No adulto, para a percepção consciente da dor é necessário receptores periféricos e vias aferentes que vão à medula espinhal, dela os feixes espino-talâmicos seguem ao tálamo, logo os feixes tálamo-corticais levam então a informação ao córtex somatossensitivo (FITZGERALD, 2005). Podendo as estruturas subcorticais funcionarem sem o córtex, discussões em torno de quando o feto começa a sentir dor se encontram principalmente no tálamo como centro da dor (HEAD; HOLMES, 1911; CHEN-TUNGYEN, 2013; AZIZ, 2006). Isso devido as conexões espino-talâmicas se desenvolverem mais cedo que as tálamo-corticais.

A nocicepção é caracterizada como um reflexo movimento em resposta a um estímulo nocivo, podendo ocorrer sem envolvimento cortical ou percepção consciente de dor. Indubitavelmente, a percepção consciente da dor é o reconhecimento cortical do estímulo tendo-o como desagradável (AZIZ, 2006). Os receptores sensoriais e sinapses da medula espinhal requeridas para a nocicepção se desenvolvem mais cedo que as vias tálamo-corticais necessárias para a percepção consciente (LEE; RALSTON, 2005).

A avaliação do período de desenvolvimento de cada estrutura relacionada a dor é determinante para concluir o momento do qual feto possui capacidade anatômica-funcional de sentir dor. Dessa forma, o arco reflexo espinhal em resposta a estímulos não nocivos se desenvolve na 8ª semana e neurônios para nocicepção no gânglio da raiz dorsal na 19ª semana (LEE; RALSTON, 2005, GONÇALVES; REBELO; TAVARES, 2010). As vias aferentes a medula espinhal estabelecem-se entre a 10ª e 13ª semana, simultaneamente às respostas reflexas (LEE; RALSTON, 2005). Conexões espino talâmicas se iniciam na 14ª semana e estão completas na

20ª semana. Conexões tálamo corticais se iniciam na 17ª semana e prosseguem entre a 26ª e 30ª semana – as primeiras evidências de conexões tálamo corticais necessárias para percepção consciente da dor estão entre a 28ª e 30ª semana. Os primeiros nociceptores aparecem por volta da 7ª semana, estando em todo corpo por volta da 20ª semana (VANHATALO; VAN NIEUWENHUIZEN, 2000).

Por conseguinte, um estudo apresentou que o período mais cedo que o feto poderia sentir dor é na 23ª semana, quando as projeções talâmicas, que transmitem a informação da nocicepção para a placa cortical, estão formadas, porém também reitera que na 26ª semana as camadas cortical e talâmica têm semelhanças com o cérebro adulto, sendo então nessa semana que está completo o sistema neuro-anatômico para sentir o feto sentir dor (DERBYSHIRE, 2006). Outros autores consideram como sendo o período mais cedo à 16ª semana, devido a respostas hemodinâmicas. Por fim, um estudo indicou que uma forma inicial de dor pode aparecer no feto por volta da 15ª semana, e como os mecanismos de inibição da dor não estão bem desenvolvidos o feto é altamente sensível a estímulos dolorosos (SEKULIC; GEBAUER-BUKUROV, 2016).

Outrossim a expressão facial também é uma forma de demonstrar dor. Os movimentos faciais são controlados pelos V e VII nervos cranianos. A inervação de músculos bem formados começa cedo, por volta da 8ª semana e a partir da 16ª semana todos os músculos utilizados nas expressões faciais estão formados. Da 24ª a 36ª semana a deposição de gordura gradualmente aumenta. Um estudo feito com dois fetos saudáveis, de sexo feminino utilizando a avaliação de expressões para choro e riso demonstrou os movimentos faciais fetais (REISSLAND et al., 2011). No Manual para o Sistema de Codificação de Ação Facial os movimentos de músculos faciais são dados como unidades de ação (AU), assim, a probabilidade de AUs únicos e duplos ocorrerem declinam por volta da 34ª e após a 28ª semana, respectivamente, AUs triplos tem pico na 32ª semana e demais AUs crescem a ocorrência (REISSLAND et al., 2011). Logo, a quantidade de movimentos aumenta com a idade gestacional. Outro estudo avaliou a existência de expressões faciais de dor e aflição em 15 fetos saudáveis (REISSLAND, N., FRANCIS B., MASON, 2013). A probabilidade de um único movimento facial ocorrer tende a zero na 36ª semana, dois movimentos

ocorrerem atingem pico na 35ª semana antes de diminuir e três movimentos co-ocorrerem aumenta. Destarte, provou-se que entre a 24ª e 36ª semana é possível observar expressões de dor e sofrimento – semelhante as vistas pós-nascimento – e sua frequência aumenta durante o período observado.

O estímulo nocivo/estresse pode acarretar reações hemodinâmicas e hormonais no feto. A ativação do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) gera respostas que para ocorrerem precisam apenas ser transmitidas ao hipotálamo, sem a necessidade de atividade cortical. A informação de *stress* chega ao hipotálamo ativando na hipófise a liberação de corticotropina (ACTH) que atuará na glândula adrenal – córtex suprarrenal – aumentando a síntese e secreção de cortisol; também ativa o sistema nervoso simpático que leva a medula adrenal a liberar outras catecolaminas (epinefrina, norepinefrina) (HALL; GUYTON, 2017). O feto responde então ao *stress* hemodinamicamente com efeitos como o aumento da pressão arterial e taquicardia (TEIXEIRA et al., 1996). Nesse contexto, essa não é uma evidência inquestionável da existência de dor, mas sim da capacidade do feto de responder a estímulos dolorosos a partir do momento que o eixo HPA estiver desenvolvido – por volta da 16ª semana (LOWERY et al., 2007). Assim, refere-se que ausência dessas respostas ao estresse pode ser critério para excluir a possibilidade do feto sentir dor.

Por conseguinte, há consequências da precoce exposição a dor. Embora a recordação dolorosa não seja acessível a memória consciente, podem ser codificadas na memória processual corroborando com alterações significativas (ANAND, 2000). As alterações dependerão da idade gestacional e do período de exposição. Em termo, os receptores a dor nunca se adaptam, na verdade eles podem diminuir seu limiar de estímulo (hiperalgesia). Estudos com animais indicam que fetos, nascidos pré-termo e recém-nascidos expostos a estresse agudo podem sofrer efeitos perduráveis a nível comportamental, como ansiedade, defesa e antecipação de um estímulo exibindo dor prévia (ANAND et al., 1999).

Os efeitos a longo prazo da dor neonatal incluem hiperinervação em áreas de pele ferida, aumento do surgimento de fibras aferentes primárias e hiperexcitabilidade de neurônios sensoriais (REYNOLDS; FITZGERALD, 1995). Além disso, a sensibilização da medula espinhal com a formação de sinapses anormais poderá

perpetuar e resultará em um aumento de resposta a estímulos, como a liberação de cortisol e batimentos cardíacos (LOWERY et al., 2007). Dessa forma sabe-se que a experiência da dor será lembrada pelo sistema nervoso em desenvolvimento e possivelmente pelo resto da vida do indivíduo sensibilizado (ANAND, 2000).

4 CONCLUSÃO

As estruturas e mecanismos fetais e neonatais para a percepção da dor são diferentes da de um adulto (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2006). Desse modo, é preciso considerar as respostas ao estresse sendo elas hemodinâmicas e hormonais, a capacidade de reagir por meio de expressões faciais e outras respostas. Ademais, os dados de estudos apresentados na presente revisão não permitem concluir inequivocamente quando o feto sente dor. O sistema anatômico-funcional para percepção consciente da dor está completo por volta da 28ª a 30ª semana, e as vias para a nocicepção estão integradas entre a 24ª e 28ª semana. Contudo tal fato não exclui a existência de dor em fases anteriores. Apoiar-se na ausência de conexões tálamo corticais para excluir a dor em fetos e prematuros é equivocado, visto que estudos demonstram que o estímulo cortical não altera a percepção da dor, mas o estímulo do talâmico altera.

Por fim, o feto se exposto a dor ou estresse a partir das 16 semanas pode apresentar alterações a curto prazo e talvez a longo termo, necessitando mais estudos para concluir as consequências da exposição precoce a dor.

REFERÊNCIAS

ANAND, K.J.S. Pain, plasticity and premature birth: a prescription for permanent suffering? **Nat Med.**, v.6, n.9, p.971-3, sep., 2000.

_____. COSKUN, V.; THRIVIKRAMAN, K.; NEMEROFF, C.B.; PLOTSKY, P.M. Long-term Behavioral effects of repetitive Pain in Neonatal Rat Pups. **Physiol Behavior**, v.66, n.4, p.627-637, 1999.

AZIZ, C.B.A.; AHMAD, A.H. The role of the thalamus in modulating pain. **Malays J**

Med Sci., v.13, n.2, p.11-18, 2006.

CHEN-TUNGYEN, P. Thalamus and pain **Acta Anaest Taiwanica**, v.51, n.2, p.73-80. 2013.

DERBYSHIRE, SWG. Can fetuses feel pain? **BMJ**, v.332, p.909-912, 2006.

FITZGERALD, M. The development of nociceptive circuits. **Nat Rev Neurosci.** v.6, n.7, p.507-20, Jul., 2005.

GONÇALVES, N.; REBELO, S.; TAVARES, I. Dor fetal – mecanismos neurobiológicos e consequências. **Acta Med Port.**, v.23, p.419-426, 2010.

HALL, J.E.; GUYTON, A.C., **Guyton & Hall tratado de fisiologia médica.** 13. ed. Rio de Janeiro, 2017.

HEAD, H.; HOLMES, G. sensory disturbances from cerebral lesions. **Brain**, v.34, n.2-3, p.102–254. 1911.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Fetal Pain? **Pain Clinical Updates**, v.14, n.2, p.1-4, 2006.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN. **IASP Pain Terminology.** 2004 Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>>. Acesso em: ago. 2018.

LEE, S.J.; RALSTON, H.J.P.; DREY, E.A.; PARTRIDGE, J.C; ROSEN, M.A. Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. **JAMA**, v.294, n.8, p.947-954, 2006.

LOWERY, C.L.; HARDMAN, M.P.; MANNING, N.; HALL, W.R.; ANAND, K.J.S. Neurodevelopmental changes of fetal pain. **Semin Perinatol.**, v.31, n.5, p.275-82, oct., 2007.

REISSLAND, N., FRANCIS B., MASON, J. Can Healthy Fetuses Show Facial Expressions of “Pain” or “Distress”? **PLoS One**, v.8, n.6, p.e65530, 2013.

REISSLAND, N., FRANCIS, B., MASON, J., LINCOLN, K. Do Facial Expressions Develop before Birth? **PLoS One.**, v.6, n.8, p.e24081, 2011.

REYNOLDS, M.L., FITZGERALD, M. Long-term sensory hyper-innervation following neonatal skin wounds. **J of Comparative Neurology**, v.358, p.487-498, 1995.

SEKULIC, S., GEBAUER-BUKUROV, K., et al. Appearance of fetal pain could be associated with maturation of the mesodiencephalic structures **J Pain Res.**, v.11, n.9, p.1031-1038, nov., 2016.

1^a

**Jornada
Acadêmica
do Curso
de Medicina**

*Medicina e
Suas Interfaces*



TEIXEIRA, J.; FOGLIANI, R.; GIANNAKOULOPOULOS, X.; GLOVER, V.; FISK, N. Fetal haemodynamic stress response to invasive procedures. **Lancet**, v.347, n.9001, p.624, mar., 1996.

VANHATALO, S.; VAN NIEUWENHUIZEN, O. Fetal pain? **Brain & Development**, v.22, p.145-150, 2000.

CÂNCER TESTICULAR: RECORTE EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS CIRÚRGICOS DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

**KLEBER, Tairine; ANTOCHEVIEZ, Giovana Nascimento;
FRANCIOSI, Felipe Santos.**

URI Erechim – taykleber1999@gmail.com – gn_antocheviez@hotmail.com –
feFranciosi2907@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O câncer de testículo é o tumor mais prevalente em homens jovens entre 15 e 35 anos, no Brasil estima-se uma incidência anual de 2,2/100.000 habitantes. O achado clínico mais comum é o aparecimento de massa testicular indolor, podendo haver a presença de sintomas relacionados a doença metastática no momento do diagnóstico. A classificação histológica, sistema de graduação e o estadiamento têm proporcionado bases clínicas para o tratamento desta patologia. Com base em seu comportamento biológico podemos agrupar os tumores testiculares malignos em seminomas e não-seminomas, estes apresentam marcadores com especificidade relativa e sensibilidade significativa que auxiliam tanto no estadiamento como no *follow-up* dos pacientes.

2 METODOLOGIA

Os dados para a realização do estudo foram extraídos de prontuários médicos dos pacientes diagnosticados com neoplasia testicular submetidos a orquiectomia radical no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), no período de tempo entre fevereiro de 2007 a junho de 2011, totalizando um número final de 77 casos. Caracteriza-se por um estudo transversal, baseado em dados retrospectivos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados demonstrou que 40% dos casos correspondiam a seminomas e 60% a não-seminomas, os pacientes com diagnóstico de não-seminoma apresentavam uma média de idade de 29,2 anos, havendo uma diferença estatística significativa ($p < 0,001$) quando comparada ao grupo dos seminomas que foi de 37,2 anos. A desidrogenase lática estava elevada em 86,7% dos seminomas, enquanto que nos não-seminomas somente 40% possuíam o marcador elevado ($p < 0,001$), também houve diferença estatística significativa quando avaliou-se o valor médio do marcador β -hcg nos não-seminomas em relação aos seminomas ($p < 0,001$).

4 CONCLUSÕES

A identificação da epidemiologia e dos aspectos clínico-patológicos do câncer de testículo torna-se importante devido à magnitude da casuística, revelando o perfil da apresentação desta patologia em nosso Estado. Por se tratar de uma patologia predominante em adolescentes e adultos jovens, com grande potencial de curabilidade quando diagnosticada em estágios iniciais, é de suma importância o conhecimento dos dados epidemiológicos em nosso meio, de ferramentas para o diagnóstico precoce e fatores prognósticos visando maiores taxas de sobrevida, índices de cura e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **TNM: Classificação de tumores malignos**. 6 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

LEITE, K.R.M.; SADI, M.V. Tumores de células germinativas do testículo. **International Brazilian Journal of Urology**, v. 29, n.1; p.35-43, 2003.

RICHIE, J.P.; STEELE, G.S. Neoplasms of the testis. In: WALSH, P.C.;, RETIK AB, VAUGHAN JR, E.D.; WEIN, A.J.; KAVOUSSI, L.R.; NOVICK, A.C. et al., eds. **Campbell's Urology**. 8 ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p.2876-919.

ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA – UMA BREVE REVISÃO LITERÁRIA

CASSEL, Laura; CENI, Paola Wosniak;

NASCIMENTO, Vivianne Amanda do; GRITTI, Leandro Antônio.

URI Erechim - lauracassel98@gmail.com - paolaceni.ceni@gmail.com -

vivianneamandda@gmail.com - leandro@gritti.com.br

1 INTRODUÇÃO

A esclerose lateral amiotrófica (ELA), também conhecida como doença de Charcot, caracteriza-se como uma doença neurodegenerativa que afeta o neurônio motor no córtex cerebral, tronco cerebral e medula espinhal. É uma patologia relativamente rara que acomete homens com frequência ligeiramente maior do que mulheres. A ELA tem seu início geralmente em idades mais avançadas e apresenta um diagnóstico de exclusão já que ainda possui etiologia desconhecida. Além disso, o prognóstico é reservado. Após o início dos sintomas, que também incluem alterações cognitivas e psicológicas, leva a morte, normalmente, em um período médio de 3 a 5 anos (BRASIL NETO, 2013; KUMAR et al., 2013).

Diante disso, o objetivo deste estudo é fazer uma breve revisão sobre a Esclerose Lateral Amiotrófica abordando desde aspectos clínicos, epidemiológicos, diagnóstico e tratamento.

2 METODOLOGIA

A presente revisão foi realizada utilizando-se, como base de dados, livros textos de neurologia e patologia, além de artigos e publicações, nacionais e internacionais, já existentes encontrados nas bases de dados PubMed, Scielo, Medscape e Google acadêmico. A presente revisão não pretende ser extensa, nem esgotar o assunto.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A ELA é uma doença neurodegenerativa que afeta o neurônio motor do córtex, tronco cerebral e medula espinhal e se caracteriza por fraqueza generalizada e perda progressiva da força muscular esquelética. É uma doença progressiva e que apresenta média de sobrevida entre 3 e 5 anos a partir do início dos sintomas (4). Apresenta uma incidência anual de 1 a 3 casos por 100.000 pessoas e prevalência em torno de 5 casos por 100.000 habitantes, sem predisposição étnico-racial. A idade mais afetada pela doença encontra-se entre a sexta e sétima décadas de vida e atinge o sexo masculino com uma proporção de 1,5:1 em relação ao feminino (DEON, 2011; GUELL et al., 2013; ELMAN, L.B.; MCCLUSKEY, 2016; LONGROSCINO; TRAYNOR; HARDIMAN, 2006). Causas genéticas ou familiares representam apenas 10% dos casos de ELA.

A doença apresenta um diagnóstico difícil e de exclusão a partir de exames laboratoriais normais que incluem a triagem para neoplasia, exclusão de doenças infecciosas (HIV, HTLV e sífilis), dosagem de metais pesados, investigação para doença de Kennedy, neuroimagem para exclusão de tumores, avaliação do perfil reumatológico e de endocrinopatias, análise do líquido cefalorraquidiano e eletroneuromiografia com alterações compatíveis com o comprometimento do neurônio motor.

O quadro clínico apresenta-se, majoritariamente, por fraqueza, atrofia muscular e fasciculações associadas ao aumento dos reflexos tendinosos profundos, espasticidade, hiperreflexia e sinal de Babinski positivo. Ademais, são sintomas comuns no início do quadro de ELA a presença de câimbras e fadiga. A astenia é progressiva e afeta os quatro membros. Como as raízes apendiculares habitualmente afetadas pela doença são C8-T1 em MMSSI e L5-S1, encontram-se rotineiras as queixas de dificuldade de pinça, devido a fraca oponência do polegar, de tropeços e dificuldade de marcha (BRASIL NETO, 2013).

Nas formas bulbares, temos principalmente sintomas de disartria (93%) disfagia (86%) e disfonia (48%), além desses, sialorreia e secreções brônquicas podem ser sintomas proeminentes. Outros sintomas apresentados são a labilidade

emocional, o choro e o riso imotivados e hiper-reflexia do masseter. Sintomas como depressão, ansiedade e distúrbio do sono são relativamente frequentes, ocorrendo em 30 a 50% dos pacientes e podem ser aliviados com medicação adequada. Em alguns casos, os indivíduos com ELA apresentam comprometimento respiratório sem sinais espinhais ou bulbares. Esses pacientes podem apresentar sintomas de falência respiratória e/ou hipoventilação noturna, como dispneia, ortopneia, distúrbios do sono, cefaleia matinal, sonolência excessiva diurna e anorexia (BRASIL NETO, 2013; CHEN; GARRETT, 2005; CHEM, 2004).

O tratamento pode ser feito com neuroprotetores ou de forma sintomática. No primeiro, é utilizado, até o presente, o riluzole. Esse medicamento é um antagonista de liberação de glutamato, podendo aumentar a sobrevida dos pacientes entre 6 e 20 meses. O mecanismo de ação deste medicamento é complexo, agindo em, pelo menos, quatro processos pré e pós-sinápticos, como: bloqueio da liberação de glutamato, inibição não competitiva de receptores de aminoácidos excitotóxicos (AAE), inativação dos canais de sódio sensíveis à voltagem e ativação de processos dependentes da proteína G. No segundo, o tratamento é realizado visando o melhor suporte clínico possível com cuidados multiprofissionais, que incluem o aporte nutricional adequado através de gastrostomia precoce, a fisioterapia respiratória e motora e suporte ventilatório não invasivo, inicialmente noturno (quando capacidade vital forçada em torno de 50%) e suporte ventilatório invasivo em casos selecionados. Ainda o apoio psicológico para o paciente, família e cuidadores é parte primordial para garantir a melhor qualidade de vida possível. Tais cuidados multiprofissionais podem ser oferecidos, preferencialmente, a nível domiciliar (“home-care”) (DEON, 2011; MILLER et al., 1999).

4 CONCLUSÃO

A Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença neurodegenerativa, progressiva e fatal, de diagnóstico por vezes difícil ou retardado, que apresenta grande impacto socioeconômico e até o momento não apresenta tratamento curativo ou promotor de estabilidade prolongada, limitando-se ao melhor suporte clínico possível. Também,

pela insuficiência respiratória ser uma das principais causas de morte, pode-se acrescentar, que sua terapêutica em pacientes com ELA, que é feita com assistência ventilatória, pode ser invasiva ou não invasiva, dependendo do quadro em que se encontra o paciente. Como o prognóstico da Esclerose Lateral Amiotrófica é muito reservado, espera-se que estudos futuros sejam desenvolvidos, dentre estes os que envolvem células tronco que são capazes de modular respostas celulares de imunidade inata apresentando bons resultados em doenças autoimunes, a fim de fornecer uma melhor expectativa e qualidade de vida aos portadores desta enfermidade (DE OLIVEIRA et al., 2013).

REFERÊNCIAS

BACH, J.R. Noninvasive Respiratory management of patients with neuromuscular disease. **Ann Rehabil Med.**, v.41, n.4, p.519-538, Aug 31, 2017.

BRASIL NETO, JP. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. Rio de Janeiro, 2013.

CHEN, A., GARRETT. C.G. Otolaryngologic presentations of amyotrophic lateral sclerosis. **Otolaryngologic - Head and Neck surgery**, v.132, n.3, p.500-504, 2005.

CHEN, R. Motor neuron disease presenting as acute respiratory failure: a clinical and pathological study. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v.60, n.4, p.455-8, April, 1996.

DE OLIVEIRA, G.L.V. et al. Bone Marrow Mesenchymal Stromal Cells Isolated From Multiple Sclerosis Patients Have Distinct Gene Expression Profile and Decreased Suppressive Function Compared With Healthy Counterparts. **Cell Transplant.**, p.24, n.2, p.151-65, 2015.

DEON, P.H. **Evolução clínica e funcional de pacientes com esclerose lateral amiotrófica e a eficácia do treinamento respiratório domiciliar com pep-garrafa**. 2011. 80 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

ELMAN, L.B.; MCCLUSKEY, L. Diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis and other forms of motor neuron disease. In: **UpToDate, Post TW** (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Available at <<http://www.uptodate.com>>. Accessed 2018 September 5).

GUELL, M.R.; ANTÓN, A.; ROJAS-GARCÍA, R.; PUY, C.; PRADAS, J. Atención integral a pacientes con esclerosis lateral amiotrófica: un modelo asistencial. **Arch Bronconeumología**, v.49, n.12, p.529-533. 2013.

KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; FAUSTO, N.; ASTER, J.C. **Robbins & Cotran: Patologia - Bases patológicas da doenças**. 8 ed., 2013

LONGROSCINO, G.; TRAYNOR, B.J., HARDIMAN, O. Descriptive epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis: new evidence and unsolved issues. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, v.79, n.1, p.6-11, Jan., 2008.

MILLER, R.G. et al. The ALS Practice Parameters Task Force. **Neurology**, v.52, n.7, p.1311, Apr., 1999.

GRAVIDEZ ECTÓPICA CORNUAL

ZAMPIERI, Victória Cosel; BOSCHETTI, Vitória Campos;

ZAMPIERI, Ana Beatriz Cosel; WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk.

URI Erechim – vic_amk@hotmail.com – vitoriacboschetti@gmail.com –

terra.verde@hotmail.com – msalete@uri.com.br

1 INTRODUÇÃO

A gestação ectópica é definida pela implantação do saco gestacional fora da cavidade endometrial — mais frequentemente na tuba uterina, correspondendo de 96 a 99% dos casos; destas, mais de 70% se localizam na ampola ou no infundíbulo, seguida por 25% na zona ístmica e 2% na zona intersticial ou cornual. Tais gestações ectópicas não podem chegar até o termo e, assim, acabam rompendo ou involuindo. Pode acontecer de maneira assintomática, mas os sintomas precoces, quando aparecem, incluem dor pélvica e sangramento vaginal. Síncope ou choque hemorrágico podem ocorrer devido à ruptura da gravidez ectópica. O diagnóstico é feito por mensuração da subunidade b da hCG por ultrassonografia. Já o tratamento é feito de forma cirúrgica com ressecção por laparoscopia ou cirurgia aberta, ou de forma farmacológica com metotrexato IM. O maior risco da gravidez ectópica é o de culminar na morte materna e, apesar das estatísticas terem evoluído positivamente devido à precocidade do diagnóstico, ainda assim, 9% das mortes no primeiro trimestre de gestação é devido à gravidez ectópica.

Já a intersticial ou cornual é a que ocorre com implantação e o desenvolvimento do ovo dentro do segmento da trompa que penetra na parede uterina ou entre o óstio tubário e a porção proximal do segmento ístmico; podendo se manifestar com quadro abdominal agudo, que impõe diagnóstico precoce e assistência de urgência.

O presente estudo tem como objetivo descrever um caso de gestação ectópica cornual, salientar o risco da morbidade materna e necessidade de um tratamento claro e objetivo para preservar a vida e a fertilidade materna.

2 METODOLOGIA

Tal caso provém da autorização da profissional Ana Beatriz Cosel Zampieri, ginecologista e obstetra. Relato de uma paciente branca, de 30 anos e 8 meses, casada, com história prévia de gravidez ectópica tubária esquerda, rota, que se submeteu a laparotomia exploradora. Sem uso de método anticoncepcional, em amenorreia sem precisar a data da última menstruação. Ao exame físico, apresentava um bom estado geral, sinais vitais estáveis e útero aumentado para mais ou menos 12 semanas de gravidez, com BCF (batimento cardíaco fetal) não audível ao sonar. A ecografia transvaginal evidenciou uma gestação de 13 semanas com BCF positivo e um saco gestacional localizado na transição entre a porção intersticial intramural cornual e a porção ístmica da trompa de falópio, sendo que na porção ao lado do útero estava a infiltração placentária normal e para o lado da tuba, a parede era muito fina, com menos de 4 mm de espessura.

O médico obstetra a que foi referenciada, considerou a possibilidade de continuidade gestacional. A ecografia realizada 15 dias após, demonstrou que o quadro se mantinha inalterado. Retornou ao hospital 24 horas após, com taquicardia, quadro de fraqueza e dor abdominal, diagnosticando-se quadro de abdome agudo, devido a sinais de irritação peritoneal e suspeita de ruptura uterina. Três dias após a entrada no hospital houve piora do quadro, realizando-se cirurgia de urgência, devido à evolução para choque hipovolêmico; realizada uma histerectomia, que revelou extenso hemoperitônio e gravidez cornual de aproximadamente 17 semanas. Após sete dias de pós-operatório, o quadro evoluiu para um abscesso pélvico, que exigiu reintervenção cirúrgica: uma laparotomia exploradora. Uma semana após, evoluiu para alta hospitalar.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gravidez intersticial cornual é uma gravidez ectópica de grande risco devido a sua localização e com necessidade de diagnóstico precoce e intervenção clara e objetiva para evitar o risco hemorrágico responsável pela elevada mortalidade

materna. O número de casos nas últimas décadas, devido ao aumento de fatores de risco que a predispõem, como DIP (doença inflamatória pélvica), idade avançada, tabagismo, endometriose e gravidez ectópica prévia. Apesar de todos os riscos, nenhum deles é maior do que a morbidade e a mortalidade devido à rotura de uma gestação ectópica.

A paciente em questão apresentava como fator de risco uma gestação ectópica rota prévia. Provavelmente, esse fator de risco não foi considerado no quadro descrito. Uma gravidez ectópica pode ser totalmente assintomática, até apresentar complicações. Nesse caso, pode haver dor abdominal, sangramento vaginal, distensão abdominal e sinais de irritabilidade peritoneal, dor ao exame do toque vaginal e presença de massa em fundo de saco vaginal. Baseado nessa informação, a paciente inicialmente chegou ao hospital assintomática e com gravidez ectópica cornual. Aproximadamente 20 dias após, chegou ao hospital apresentando hipotensão, taquicardia e sinais de irritação peritoneal. A ecografia foi crucial para confirmar o diagnóstico prévio. Como não havia suspeita até o momento de ruptura uterina, a conduta se manteve expectante até que, três dias após houve evolução para choque hipovolêmico e foi à cirurgia. Devido a situação de emergência, a via cirúrgica considerada foi a incisão mediana (cirurgia aberta), onde foi realizada uma histerectomia abdominal total, com anexectomia direita. No resultado do exame anatomopatológico, houve confirmação da gravidez ectópica com saco gestacional íntegro e feto com 16 semanas de idade gestacional. É importante salientar que a escolha cirúrgica é feita, principalmente, através de uma laparoscopia. Nesse caso, devido ao risco materno, optou-se por uma via convencional.

4 CONCLUSÕES

A descrição do caso acima confirma a necessidade do diagnóstico precoce e de um pronto atendimento em caso de gravidez ectópica. Foi possível observar que uma conduta expectante em uma gravidez ectópica trouxe prejuízo à paciente em questão, submetendo-a à incapacidade de procriar novamente, expondo-a ao risco de infecção, de hemorragia, e, conseqüentemente, de morte.

Os objetivos previstos, como descrever um caso de gestação ectópica cornual, salientar o risco da morbidade materna e necessidade de um tratamento claro e objetivo para preservar a vida e a fertilidade materna foram atingidos em plenitude.

REFERÊNCIAS

CORREIA, L.; BARROS, C.; SILVA, G.; MARQUES, C. **Gravidez Ectópica Intersticial**. 1. ed. Lisboa, Portugal: O Estado da Arte. 2013.

FILHO, M.L.S.; MARQUES, G.S.B.; NUNES, Jefferson Torres. Gravidez ectópica cornual: relato de caso. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 02, n. 02, maio-agosto/2013, p.74-78.

NASHALA, E. M. V. C. et al. Gravidez ectópica intersticial: particularidades do diagnóstico e da terapêutica. **Rev Med Minas Gerais**, v.21, n.2, Supl 4, p.1-113, 2011.

HISTÓRIA EVOLUTIVA E TRANSTORNOS MENTAIS DO CÉREBRO

LEAL DA SILVA, Hélio Júnior; LAGO, Celso.

URI Erechim – heliojr31@gmail.com

A teoria da evolução explica a forma como a diversidade de seres vivos surgiu no planeta, através da seleção de caracteres que melhor se adaptem às mudanças nos ambientes ao longo do tempo. Como consequência ocorre a sobrevivência e reprodução diferenciada dos indivíduos portadores dessas características, alterando a frequência genética nas populações e, eventualmente, levando à especiação.

Nos primórdios da evolução, os organismos unicelulares já dispunham de uma gama de proteínas transmembranas, como receptores e canais iônicos, e de sinalização intracelular que os ajudavam a receber estímulos do ambiente, processá-los e emitir uma resposta adequada. Elas conservaram-se ao longo da evolução nos diversos táxons, e serviram como base molecular para o surgimento dos diversos sistemas de neurotransmissores e de sinalização intracelular. Com o advento da multicelularidade, uma parte dos organismos adaptou-se a uma vida fixa, como plantas e animais sésseis, enquanto outra parte adaptou-se a um estilo de vida com maior mobilidade. Esse modo de vida ativo exigiu dos organismos móveis uma capacidade maior de percepção dos estímulos ambientais, e, conseqüentemente, de processamento, para permitir a eles um repertório maior de comportamentos conforme a situação que se encontravam.

Na linhagem animal surgiram diversos tipos de arquiteturas corporais. Os grupos que possuem simetria radial recebem estímulos de todas as direções, portanto seus sistemas nervosos evoluíram sem uma unidade central de controle. Já os animais com simetria bilateral recebem estímulos assimetricamente, neles surgiu um pólo especializado na recepção, processamento e controle das respostas corporais, processo chamado cefalização. Surgindo os sistemas nervosos centrais. A hipótese mais aceita para explicar a complexificação do sistema nervoso é a duplicação dos genes Hox do encéfalo, criando novos módulos sobre os quais novas funções

poderiam surgir. Ocorrendo o aumento na capacidade de perceber e processar informações sensoriais, planejar comportamentos, armazenar memórias e flexibilizando as respostas. Levando a melhorias na busca de recursos, para evitar perigos e interações mais complexas entre os indivíduos da espécie

Os cordados, ancestrais dos vertebrados, já possuíam essas características, além da notocorda, que sustentava corpo e músculos e melhorava as respostas comportamentais. Isso proporcionou o modo ativo de vida que levou os sucessores dessa linhagem, os vertebrados, a uma grande diversificação comportamental, permitindo-os explorar diversos nichos ecológicos. O endoesqueleto ósseo dos vertebrados dava mais sustentação e proteção aos órgãos, como o encéfalo, protegido pelo crânio, e a medula espinal, pela coluna vertebral. No encéfalo de peixes a mamíferos há as mesmas estruturas básicas, variando apenas o tamanho relativo, a arquitetura dos circuitos neuronais e a especialização funcional delas.

O encéfalo de vertebrados se divide em prosencéfalo, mesencéfalo e rombencéfalo. Ao longo da evolução, o rombencéfalo mudou pouco, exceto o cerebelo que se desenvolveu muito em aves e mamíferos, dando a eles melhor equilíbrio e coordenação corporal. O mesencéfalo da maioria dos vertebrados é especializado na função visual, no tectum óptico, que aumentou formando os lobos ópticos. Em mamíferos, o córtex occipital assumiu essa função, e o tectum óptico passou apenas a retransmitir informações dos olhos, e controlar alguns reflexos. No prosencéfalo, mais conhecido como cérebro, ocorreu a maioria das mudanças no encéfalo dos vertebrados. No diencéfalo, porção mais basal dele, o tálamo especializou-se à medida que o córtex se complexificava, porém o hipotálamo conservou-se, controlando as funções vegetativas, temperatura corporal, funções endócrinas, ciclo vigília-sono, fome, sede e reprodução. O telencéfalo possui três grupos de estruturas, os núcleos da base, o bulbo olfatório e o córtex.

A estrutura geral do cérebro de peixes, anfíbios e répteis é similar, o bulbo olfatório é bastante desenvolvido. Mas só em répteis surge o córtex cerebral, com a inversão da organização do tecido neural, onde a substância cinzenta passou a ocupar a camada mais superficial do órgão, aumentando a área de corpos neuronais. O córtex dos répteis é simples, não possui giros e contém só uma camada de

neurônios que processam as informações sensoriais e coordenam movimentos. No cérebro dos répteis já estão presentes estruturas homólogas às do sistema límbico mamífero, como a amígdala e o hipocampo. A partir do córtex hipocampal, responsável pela memória, surgiram mais camadas. Porém, só em mamíferos surgiu o isocórtex com seis camadas. O cérebro reptiliano originou duas linhagens. No cérebro das aves o volume aumentou, porém o córtex manteve-se simples, foi o desenvolvimento dos núcleos da base do cérebro, principalmente do striatum, o responsável por sua complexificação. Em mamíferos houve aumento ainda maior do volume cerebral, e o surgimento de novas camadas corticais e dos giros, aumentando muito a área cortical.

As novas camadas e o aumento da superfície cortical fez que maiores porções do córtex pudessem ser dedicadas a funções associativas. Enquanto no cérebro de répteis quase todo o córtex é de função sensorial, em mamíferos as áreas sensoriais diminuem em relação às associativas. Isso possibilitou uma flexibilidade comportamental ainda maior em mamíferos, sobretudo em primatas, elefantes e cetáceos, que dependem cada vez mais da aprendizagem em detrimento de comportamentos instintivos. Outra estrutura nova do cérebro de mamíferos é o corpo caloso, que integra os hemisférios cerebrais, conforme eles aumentaram de tamanho, o corpo caloso diminuiu. Refletindo a modularização dos cérebros maiores, como o humano, que possibilitou nossas mais avançadas capacidades cognitivas, através de uma rede ampla de áreas associativas e sensoriais, com interconexões entre diversas regiões corticais e sub-corticais.

Essa capacidade cognitiva avançada, porém, torna a mente humana vulnerável a diversos transtornos. A perspectiva evolucionista permite analisar eles a partir da compreensão de que são consequência do mal funcionamento de mecanismos cerebrais operando fora do contexto para o qual se adaptaram. Os humanos viveram a maior parte de sua história evolutiva em pequenos grupos sociais coesos e sem uma estrutura hierárquica rígida, com recursos escassos e diversos perigos transitórios, como predadores e intempéries. Os transtornos mentais podem, em geral, ser entendidos como uma hiper-ativação desses mecanismos, a partir da super-estimulação presente no contexto humano contemporâneo, onde o alimento é

abundante, os grupos sociais são enormes, as relações fugidias, as pressões psicológicas excessivas e o stress são constantes.

A plasticidade neuronal possibilita o aprendizado e também torna os indivíduos vulneráveis a traumas e stress prolongado, e eventualmente desencadeia um transtorno psicopatológico. Os transtornos alimentares e adições podem ser entendidos como a hiper-ativação do sistema de recompensa, o dopaminérgico, que motivava a busca por alimentos ricos em calorias em nossos ancestrais. Os de ansiedade decorrem da hiper-ativação dos sistemas de reconhecimento de ameaças, como a amígdala no sistema límbico. A ansiedade normal protege contra comportamentos perigosos, como fugir de um predador ou evitar um rival mais poderoso, enquanto a patológica resulta em preocupações excessivas, irritabilidade, tensão e aumenta o limiar da sensibilidade aos estímulos estressores. Os transtornos de humor, como a depressão, podem ter origem nos comportamentos de submissão social e retração devido a lesões físicas e derrotas sucessivas em disputas sociais, nos quais é vantajoso retrair-se para evitar mais ferimentos. O comportamento depressivo normal, então, protegeria o indivíduo contra perigos decorrentes de esforços fúteis. Enquanto, o patológico é consequência de uma maior sensibilidade ocasionada por traumas precoces e pela recorrência de eventos estressores, levando ao desequilíbrio dos neurotransmissores, principalmente a serotonina, e alterações no córtex pré-frontal e na amígdala.

Dobzhansky, um dos autores da síntese moderna da teoria evolutiva, dizia que nada em biologia faz sentido, exceto à luz da evolução. Portanto, a medicina evolucionista pode levar a uma compreensão mais ampla dos processos saúde-doença, e a partir dela procurar melhores formas de tratá-las. Porém, cabe fazer a ressalva que embora útil para engrandecer a compreensão das patologias, a maioria das doenças humanas tem caráter multifatorial, envolvendo fatores físicos, químicos, genéticos, de desenvolvimento embrionário, infantil ou adulto, psicológicos e socioeconômicos. Então é preciso levar essa complexidade em consideração, para então tentar compreendê-la a partir da história evolutiva.

1^a

**Jornada
Acadêmica
do Curso
de Medicina**

*Medicina e
Suas Interfaces*



REFERÊNCIAS

DALGALARRONDO, Paulo. **Evolução do cérebro: Sistema nervoso, psicologia e psicopatologia sob a perspectiva evolucionista.** 1 ed. Porto alegre: Artmed, 2011.

NECESSIDADE DE NOTIFICAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NOS CASOS DE ESTUPRO DE VULNERÁVEL

**LITWIN, Bianca Moreira; REISNER, Leopoldo Bertolla;
SARTORI, Giana Lisa Zanardo.**

URI Erechim – bianca.litwin@outlook.com; leoreisner@gmail.com;
sgiana@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O presente resumo tem por objetivo oportunizar conhecimentos e esclarecimentos acerca da necessidade de notificação de casos de violência às autoridades competentes pelos profissionais da saúde, com ênfase no que diz respeito ao crime de estupro de vulnerável.

Realiza-se uma exposição, com base na legislação penal vigente no país, das disposições concernentes ao referido crime, previsto no art. 217-A do Código Penal, bem como é realizada uma explanação sobre discussões jurídicas que permeiam o assunto. Ademais, o resumo faz considerações a respeito da responsabilidade penal do profissional da saúde no que diz respeito à notificação de casos envolvendo violência, principalmente sobre o crime de estupro de vulnerável, tendo como base a Lei nº 8.069/90.

2 METODOLOGIA

Na estratégia teórica a ser utilizada, o presente trabalho buscou partir de um pressuposto de investigação histórica, jurídica e social a respeito do crime de estupro de vulnerável, dando ênfase aos casos envolvendo menores de 14 (catorze) anos. Para a realização da pesquisa será utilizado o método analítico descritivo, através da técnica de pesquisa bibliográfica. Estudou-se, qualitativamente, as principais leis e

correntes doutrinárias acerca do tema, citando-se doutrinadores e artigos da Lei pertinentes ao resumo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O crime descrito no art. 217-A do Código Penal tutela a dignidade sexual do vulnerável, prelecionando, que:

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009)
Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009) § 1º. Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência (BRASIL, 1940).

Oportuno ressaltar que, antes da vigência da Lei 12.015/2009, o Código Penal estabelecia de forma clara a violência presumida em relação ao menor de 14 (catorze) anos, tratando-se a natureza da presunção como absoluta. Todavia, com a vigência da supracitada lei que alterou profundamente os crimes contra a dignidade sexual, verificou-se intensa discussão em relação ao tema.

De acordo com a doutrina majoritária, não há espaço para controvérsias em relação ao crime de estupro de menor de 14 (catorze) anos. O principal argumento aqui é que a redação da lei é cristalina: condena-se a relação de cunho sexual com menor catorze anos. Percebe-se, que o exercício *ius puniendi* do Estado na norma incriminadora, é absoluto.

Conquanto, ressalta-se que a corrente contrária predispõe a necessidade de aquilatar o caso concreto, averiguando-se a capacidade de consentir do menor na relação sexual. Nesse diapasão, afirma Nucci:

Agora, subsumida na figura da vulnerabilidade, pode-se tratar da mesma como sendo absoluta ou relativa. Pode-se considerar o menor, com 13 anos, absolutamente vulnerável, a ponto de seu consentimento para a prática do ato sexual ser completamente inoperante, ainda que tenha experiência sexual comprovada? Ou será possível considerar relativa a vulnerabilidade em alguns casos especiais, avaliando-se o grau de conscientização do menor para a prática sexual? Essa é a posição que nos parece acertada. A lei não poderá, jamais, modificar a realidade e muito menos afastar a aplicação do princípio da intervenção mínima e seu correlato princípio da ofensividade. Se durante anos debateu-se, no Brasil, o caráter da presunção de violência – se relativo ou absoluto –, sem consenso, a bem da verdade, não será a criação de novo tipo penal o elemento extraordinário a fechar as portas para a vida real (NUCCI, p.37-38, 2009).

Não obstante o exposto, a Lei 13.718/2018, introduzida ao Código Penal recentemente, pacificou a matéria debatida, *in verbis*:

§ 5º As penas previstas no caput e nos §§ 1º, 3º e 4º deste artigo aplicam-se independentemente do consentimento da vítima ou do fato de ela ter mantido relações sexuais anteriormente ao crime. (Incluído pela Lei nº 13.718, de 2018) (BRASIL, 2018).

Portanto, mesmo que a relação com o vulnerável tenha sido consentida pelo mesmo, configura-se o crime expresso pelo art. 217-A do Código Penal, sendo absoluta a presunção de violência. Mesmo assim, percebe-se a possibilidade da formação de um novo debate jurídico, dessa vez no tangente aos portadores de deficiência e de sua capacidade ou não de discernimento, já que a alteração legal entra em conflito, inclusive, com o Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Em relação à responsabilidade do profissional de saúde em notificar casos de violência, deve ser observado o previsto pela Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente). O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a sanção de multa ao profissional da saúde que omitir das autoridades os casos de envolvimento, suspeita ou confirmação de crianças ou adolescentes em casos de violência (BRASIL, 1990).

Requer-se, desse modo, a notificação nos casos do crime, devendo ser observada pelos profissionais da área da saúde, sob pena de responsabilização na área criminal.

4 CONCLUSÕES

Considerando a gravidade do tipo penal em análise, a sua denúncia e fiscalização é imprescindível. Com a pacificação da discussão no que tange aos casos de relação sexual com menor de 14 (catorze) anos, conclui-se que o consentimento é irrelevante para fins penais, ratificando-se ainda mais a importância do tema.

Dito isso, percebe-se a necessidade dos profissionais da área da saúde conhecerem a lei e suas peculiaridades quando aplicada ao caso concreto, de modo a compreender as figuras penais que demandam maior atenção, para que possam cumprir com seu dever profissional corretamente, evitando, ainda, eventual responsabilização penal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 27 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018.** Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal) e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/lei/L13718.htm>. Acesso em: 27 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em 27 set. 2018.

NUCCI, G. S. **Manual de direito penal.** 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

MALFORMAÇÕES DO SEPTO INTERATRIAL: COMO OCORRE E DIAGNÓSTICO

CELLA, Anielly do Santos Konig; HOFFMAN, Mainara Batista;

CORRÊA, Márcio Silveira; FREIRE, Cinara Luciana Savicki.

URI Erechim - anycella@hotmail.com; msi.mainara@bol.com.br;

marciomdsc@gmail.com; freirecinara@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O índice de prevalência das malformações cardiovasculares congênitas é expressivo, atingindo de 6 a 10 em 1000 nascidos vivos. Essa taxa é duplicada quando se trata de pré-termos (<37 semanas), sendo que 33% consistem em defeitos no septo interatrial, com maior prevalência no sexo feminino, na razão de 2:1 (MACIEL; MARIN NETO, 2005).

Por serem doenças de etiologia multifatorial, as manifestações clínicas são amplas e variáveis em recém-nascidos, a urgência na internação e terapêutica deve-se a cardiopatias potencialmente letais como: choque, cianose e edema pulmonar. Entretanto na maioria das vezes são assintomáticas ou pouco sintomáticas nos primeiros anos, manifestando-se após a terceira ou quarta década de vida, quando o caso já evoluiu para complicações maiores e a terapêutica é de menor eficácia (BAFFA, 2018).

Cerca de 22% desses pacientes com malformações cardíacas podem ter outras malformações extra cardíacas (LOPES, 2009). Sendo que a intervenção no período pré-escolar apresenta a melhor evolução, ou seja, menores complicações no procedimento e vida normal no pós-operatório sem qualquer sintoma. Diante dessas razões, é importante analisar as práticas de diagnóstico e intervenção precoce, afim de compreender o melhor resultado clínico possível, bem como o melhor prognóstico. Portanto o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre as malformações do septo interatrial, bem como os possíveis diagnósticos.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma busca na literatura nas bases de dados Scielo, MDS Manual (Versão para profissionais) e na revista eletrônica da PUC-SP, usando as palavras chave, malformações do septo interatrial, ocorrência e tratamentos. O número de artigos mais aprofundados e específicos incluídos nesta pesquisa foram três, mas primeiramente foi feita uma busca em bibliografia de anatomia, embriologia e fisiologia para entender o mecanismo de formação dos defeitos congênitos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O septo interatrial é formado por duas membranas, o *septum primum*, fibroso, delgado, surge primeiro e anterossuperior aos átrios, o óstio inferior a esse septo denomina-se *ostium primum*, que se fecha com o término da formação do septo (conexão aos coxins endocárdios). A seguir, forma-se o *ostium secundum*, mais superior e divide o septo em inferior e superior, (este degenera-se). O *septum secundum* é mais musculoso e rígido, à direita do *septum primum* e em contato com o átrio direito, cresce em duas partes separadas, superior e inferior (coxins). Já o espaço entre essas partes é denominado forame oval (pósterio-inferior). A porção restante e inferior do *septum primum* torna-se então uma válvula para esse forame (SILVEIRA et al., 2008).

O período pré-natal, o fluxo de sangue passa pelo forame oval do átrio direito para o esquerdo, impedindo que grande parte do sangue vá para o pulmão e passe então diretamente para a circulação sistêmica, entretanto, em função do fluxo e pressão sanguínea proveniente das veias pulmonares para o átrio esquerdo, a válvula do *septum primum* adere-se ao *septum secundum* por pressão e proliferação tecidual, formando então a fossa oval. A malformação do septo interatrial é uma cardiopatia congênita acianogênica, causada por um defeito no processo de septação atrial, ocasionando em *shunt* (desvio) de sangue oxigenado do átrio esquerdo para o direito e, conseqüentemente sobrecarga de volume das cavidades direitas e aumento do fluxo pulmonar (MOORE, 2000).

De acordo com Lopes (2009) a magnitude das complicações depende do diâmetro e da localização do defeito, podendo ser eles:

- Defeito no *ostium secundum* ou fossa oval (70% dos casos), caracterizado pelo forame oval patente por diversas alterações como, reabsorção do *septum primum* em regiões anormais, absorção excessiva do *septum primum* (aba curta), e forame oval anormalmente grande.

- Defeito no *ostium primum* (20% dos casos), caracterizado por defeitos na formação dos coxins endocárdios na parte inferior do septo interatrial.

- Defeito no seio venoso, resultado de absorção anormal do seio venoso pelo atrio direito, localizado próximo a veia cava superior, comumente associado a drenagem anômala da veia pulmonar superior direita, que drena na região do defeito ou na veia cava.

- Defeito no seio coronário, é mais raro e relacionado a qualquer deficiência na parede do seio coronário e átrio direito.

Manifestações clínicas: as deficiências no *ostium secundum* geralmente são assintomáticas ou pouco sintomáticas, podendo ocorrer: fadiga, dispneia aos exercícios, infecção respiratória de repetição e hipodesenvolvimento em comunicações interatriais amplas e com *shunt* importante. Na infância e adolescência é raro ocorrer complicações, mas após a terceira e quartas décadas de vida pode ocorrer insuficiência cardíaca, doença vascular pulmonar, arritmias, eventos trombóticos, hipertensão pulmonar, AVCs (trombos que passam do átrio esquerdo para o direito e diretamente para a circulação sistêmica), entre outros (TIMERMAN; CÉSAR, 2000).

Diagnóstico: segundo Braunwald (1996) e Diego Gaia (2018) o diagnóstico é essencial nesses casos, primando um melhor prognóstico do paciente. De acordo com o autor, são itens fundamentais a serem avaliados:

- Inspeção do tórax e ausculta: impulsões sistólicas e abaulamento da região precordial, em função da dilatação das cavidades direitas. Dobramento amplo e constante da segunda bulha (fechamento das valvas semilunares aórtica e pulmonar), que não varia com a respiração (normalmente há o dobramento na inspiração, pelo aumento do enchimento do ventrículo direito, prolongando o tempo de ejeção e

atrasando o fechamento da valva pulmonar, mas pode se tornar única na expiração). Sopro sistólico em ejeção na área pulmonar (segundo espaço intercostal esquerdo) pelo grande fluxo através da valva pulmonar e dilatação do tronco da artéria pulmonar. Sopro diastólico tipo ruflar em área tricúspide pelo intenso fluxo e estenose relativa da valva tricúspide.

De acordo com o mesmo autor, nos adolescentes, os achados físicos podem ser alterados quando um aumento da resistência pulmonar resultar em diminuição do shunt da esquerda para direita. Tanto o sopro pulmonar quanto o sopro tricúspide diminuem de intensidade enquanto que o componente pulmonar da segunda bulha intensifica-se e os dois componentes da segunda bulha podem se fundir. Aparece, então, um sopro diastólico de regurgitação pulmonar.

- Radiografia de tórax: visualização de aumento da área cardíaca e da trama vascular pulmonar relacionada com o grau de repercussão do defeito.

- Eletrocardiograma: identifica ritmo cardíaco sinusal (qualquer ritmo cardíaco em que a despolarização do músculo cardíaco tem origem no nódulo sinusal), fibrilação, *flutter* atrial em comunicações amplas e a partir da terceira e quarta década de vida, intervalo PR normal ou prolongado, desvio do eixo elétrico para a direita pela sobrecarga diastólica do ventrículo direito, bloqueio divisional anterossuperior.

- Ecocardiograma: Padrão-Ouro no diagnóstico, pode-se ver o tipo, local, dimensão, conexão das veias pulmonares, grau de dilatação da artéria pulmonar, magnitude do fluxo e estimativa de pressão arterial pulmonar.

Intervenção: O fechamento espontâneo é raro, mas pode ocorrer em alguns casos até o primeiro ano. Porém, a intervenção deve ser feita quando a relação entre o fluxo pulmonar e sistêmico for maior que 1,5:1 respectivamente, mesmo assintomática, lactentes com infecção respiratória de repetição, atraso no desenvolvimento e adultos com repercussão hemodinâmica do defeito. Pode ser realizado por técnica cirúrgica convencional ou oclusão percutânea (cateterismo), este em crianças maiores e adultos com comunicação interatrial do *septum secundum* e anatomia favorável, com profilaxia para endocardite e ácido acetilsalicílico (contra eventos trombóticos) por seis meses posterior ao procedimento. A idade ideal para intervenção é a pré-escolar, quando há menos complicações e excelente evolução,

pois, a função miocárdica está preservada nos pacientes cujos defeitos foram fechados numa fase inicial da infância se comparado a intervenção tardia, por isso o diagnóstico precoce é de extrema importância na recuperação e qualidade de vida desses pacientes (BRAUNWALD, 1996)

4 CONCLUSÕES

Desse modo, é de extrema importância executar as medidas diagnósticas no pré-natal ou puericultural, sendo que qualquer malformação seja identificada precocemente e tratada com maior sucesso, impedindo que futuramente o paciente venha a desenvolver insuficiência cardíaca, eventos trombóticos, AVCs, entre outros, que são irreversíveis ou geram sequelas permanentes.

REFERÊNCIAS

BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. São Paulo: Roca; 1996. v. 2, p.972-5.

Gaia, Professor Doutor Cirurgião Cardiovascular Diego; Comunicação interatrial, 2015.

BAFFA, J.M. Associate Professor of Pediatrics, Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University; Program Director, Pediatric Cardiology Fellowship and Director of Echocardiography, Nemours/Afred I. duPont Hospital for Children; **MDS Manuals**, 2018.

LOPES, A.A. Cardiologia pediátrica. **Coleção Pediatria do Instituto da Criança do HC-FMUSP**; v.1, p.237-43, 2009.

MACIEL, B.C.; MARIN NETO, J.A. **Manual de condutas clínicas cardiológicas**. São Paulo: Segmento Farma, v. 3, p.397-8, 2005.

MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SILVEIRA, A.C.; RACHED, E.B.; CAMPANE, F.Z.; MAIELO, J.R. Comunicação interatrial. **Revista Eletrônica da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v.10, n.2, p.7-11, 2008.

TIMERMAN, A; CÉSAR, L.A.M. **Manual de Cardiologia**. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP). São Paulo: Atheneu; 2000. v. 4, p.489-94, 525-7.

NOVAS TERAPIAS NO CÂNCER DE PULMÃO: RELATO DE CASO

**DOS SANTOS, Emilli Cristina; WENCELEWSKI, Tayná Andressa;
CADORE, Simone Reghelin; NAZZARI, Evelyn Fabiane; SARTORI, Juliano.**

URI Erechim - emilli.cris97@gmail.com; twencelewski@gmail.com;
simonecadore1902@gmail.com; evelynnazzari@hotmail.com; jsartori@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

As altas taxas metastáticas das neoplasias pulmonares são características biológicas que dificultam o tratamento e levam ao óbito precocemente. Diante disso, apesar da incidência da doença afetar fatalmente mais homens que mulheres, há estudos que demonstram que houve manutenção dos níveis de incidência no sexo masculino e crescimento do feminino (RODRIGUES et al., 2018). Em nível nacional a estimativa de casos de câncer de pulmão no ano de 2018 é de 18.740; sendo que especificamente no Rio Grande do Sul a estimativa para o mesmo ano é de 2.760 para homens e 1.600 para mulheres (INCA, 2018).

O principal agente causador da doença é o tabagismo. A sua característica mutagênica se dá pela presença de substâncias que fixam-se ao DNA, o que provoca alterações celulares que são difíceis de serem corrigidas pelo organismo (THALHOFER et al., 2016). Inclusive já há estudos que demonstram que mais de 90% dos tumores do pulmão poderiam ser evitados se fosse abandonando o hábito de fumar (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2018). Entretanto, em 10% dos casos de câncer de pulmão o hábito de fumar não está vinculado ao desenvolvimento patológico. Além do fumo, há outros fatores de risco para o desenvolvimento dessa patologia, como o ambiente de exposição, contato com agentes químicos, radiações e fatores genéticos entre outros.

Os sintomas mais frequentes são a tosse, sangramento, infecções respiratórias, dispneia, disfagia, perda de peso e mal estar geral que costumam aparecer quando o câncer já apresenta metástases, retardando o diagnóstico precoce

que possibilitaria a cura (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2018). Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura referente ao tratamento imunoterápico e com drogas alvo, já utilizadas no tratamento do câncer de pulmão a partir da apresentação de um caso clínico.

2 METODOLOGIA

O método utilizado foi apresentação de um caso clínico de uma paciente portadora de câncer de pulmão a qual foi encaminhado para tratamento oncológico no Centro de Oncologia Clínica Erechim (Erechim - RS), tendo sido submetida a tratamento sistêmico com um medicamento alvo específico, o *gefitinib*. Os autores obtiveram do paciente a autorização prévia por escrito para acompanhamento e apresentação do referido caso. A revisão bibliográfica da literatura sobre o caso se delineou por escritos encontrados na plataforma online de estudos SCIELO e PUBMED, sites do INCA e National Câncer Institute, e o Guideline Internacional para diagnóstico e tratamento de câncer em células não pequenas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Paciente, feminina, 76 anos, branca, não tabagista, procurou auxílio médico com queixas de dor torácica na região dorsal. Após realização do exame de tomografia computadorizada confirmou-se suspeita de neoplasia de pulmão. Realizado biópsia cujo exame anátomo patológico confirmou a histologia de adenocarcinoma. A paciente foi submetida a toracotomia com finalidade de lobectomia do lobo inferior do pulmão direito, porém após a incisão constatou-se a impossibilidade da ressecção do tumor devido a invasão pleural pelo carcinoma.

No pós operatório, ocorreu hemorragia e coágulo na região da intervenção cirúrgica necessitando segunda intervenção cirúrgica para a remoção do coágulo. A análise histológica e imunohistoquímica revelou as seguintes características moleculares: expressão negativa do *gene PD-L1* e mutação no *éxon 19* do *gene EGFR*. A partir desta análise molecular foi submetida a terapia alvo com *gefitinib*

(Iressa) 250mg/ dia administrado em dose única por via oral. A paciente recebe tratamento contínuo tendo sido reavaliada mensalmente sendo que após 3 meses de seguimento já apresentou resultados satisfatórios uma vez que houve remissão completa da dor e regressão da neoplasia constada em exames de imagem. Os efeitos colaterais do fármacos observados foram o eritema acompanhado de prurido, irritação na região da laringe e evacuações frequentes e líquidas. A etiologia desse caso é genética, com expressão do gene EGFR, responsável pelo surgimento da neoplasia.

Anatomopatologicamente, o câncer de pulmão pode ser classificado em dois tipos: pequenas células e não-pequenas células. O tumor de células pequenas é o tipo com menor incidência, porém tem maior taxa de ocorrer metástase e se disseminar para outros locais do corpo (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2018). O diagnóstico de neoplasia pulmonar é realizado após suspeita clínica e realização de exames complementares através de técnicas radiológicas, sendo ela Raio-X torácico, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e PET-TC para delimitação do tumor (LOPES et al., 2013). Posteriormente, é realizado a biópsia e o estadiamento que pode ser estádios: I, II, III e IV, sendo o último nível o estágio mais avançado devido as metástases a distância.

Geralmente cânceres pulmonares metastáticos costumam atingir outras áreas pulmonares e tecidos adjacentes. Tradicionalmente o tratamento na maior parte dos casos dá-se por ressecção da área em que o tumor está localizado e posteriormente se emprega a quimioterapia e radioterapia. Hoje, com o avanço da pesquisa de tratamento de células tumorais (LOPES et al., 2013). Os imunoterápicos e drogas alvo, como o *gefitinib*, são proteínas atuantes no checkpoint imunológico, produzindo alterações no meio celular e bloqueando a expressão do gene EGFR relacionado ao desenvolvimento da doença a evasão das células imunitárias desse tecido. Essa técnica recentemente adotada está sendo considerada satisfatória pois produziu bons resultados na regressão de células tumorais não pequenas, que tem certa resistência a quimioterápicos (PARENTE,2016). A administração do fármaco possui a capacidade de destruir células cancerígenas de maneira controlada e evitar perda de células do

sistema imunológico, aumentando a eficácia de responsividade das células imunitárias e regressão ou estagnação das células malignas.

A chave para essa boa evolução se dá pelo fortalecimento do sistema imunológico em combate ao tumor e uma aplicação de medicamento alvo dirigido (medicina de precisão) combinados aos hábitos de vida do paciente em tratamento (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2018).

4 CONCLUSÃO

O câncer de pulmão é uma neoplasia de rápida evolução e possui sobrevida baixa dos pacientes que a sofrem. A pesquisa em imunoterápicos e terapias alvo são a inovação tratamentos a que vem permitindo prolongar esse tempo de vida e representa a esperança de melhora significativa em menor período de tempo e redução de células tumorais e infiltrados.

Além disso, em algumas situações podem não haver necessidade de intervenções cirúrgicas e os efeitos colaterais vinculados a esses novos medicamentos tornam-se mais brandos em comparação aos tratamentos tradicionais de Quimioterapia e Radioterapia, o que contribui para amenizar o sofrimento dos pacientes.

As novas terapias (imunoterapias e terapias alvo) vem sendo empregadas de forma isolada ou em combinação com os tratamento tradicionais em outros tipos de câncer e obtém sucesso da mesma maneira que as empregadas nas neoplasias pulmonares.

REFERÊNCIAS

DISTRITO FEDERAL. INCA. **Instituto Nacional do Câncer**. 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/rio-grande-sul-porto-alegre.asp>>. Acesso em: 15 set. 2018.

LOPES, A.; CHAMMAS, R.; IYAYASU, H. **Oncologia para graduação**. 3. ed., 2013.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (Org.). **Immunotherapy Drugs Expand Treatment Options for Advanced Lung Cancer**. 2018. Disponível em: <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2018/pembro_lizumab-lung-cancer-first-line>. Acesso em: 13 set. 2018.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (Org.). **Lung Cancer Screening**. 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/types/lung/patient/lung-screening-pdq>>. Acesso em: 13 set. 2018.

PARENTE, B. Imunoterapia no tratamento do cancro de pulmão rastreio do cancro de pulmão: Considerações lógicas e práticas. **Gazeta Médica**, n.3. Porto – Portugal, Jul./set., 2016.

RODRIGUES, W.P.; DO NASCIMENTO, A.M.; DOS SANTOS, N.A.; TEIXEIRA, J.S.; REIS, J.R.; MARTINS, F.L. Câncer de pulmão e suas consequências na qualidade de vida. **Revista saúde em foco**, n.10, p.101 a 110, 2018.

THALHOFER, J.L. **Modelagem Computacional para Avaliação de Doses de Radiação em Órgãos Sadios de Pacientes Submetidos ao Tratamento do Câncer de Pulmão**. 2016. 125 f. Tese (Doutorado) - Curso de Engenharia Nuclear, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O ACOLHIMENTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO POR ACADÊMICAS DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**LIMBERGER, Sarah Maioli; NASCIMENTO, Katherine Reiss do;
SARTORI, Juliano; ROMERO, Samuel Salvi.**

URI Erechim – sarahlimberger16@gmail.com – katheriner_nascimento@hotmail.com
– jsartori@uricer.edu.br – samuel@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública, uma vez que se apresenta como a segunda causa de morte no mundo, estando atrás, apenas, das doenças cardiovasculares. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2018), estima-se para o Brasil que, nos anos de 2018/2019, sejam diagnosticados 600 mil novos casos de câncer para cada ano. Considerando que as neoplasias são caracterizadas, geralmente, por longos períodos de tratamentos, estresse físico e psicológico do paciente e de seus familiares, faz-se necessário um acolhimento que transcenda o modelo biomédico, visando à integralidade do cuidado.

Diante deste cenário, tem-se como objetivo, nesse trabalho, relatar a experiência de acadêmicas de medicina imersas em uma Unidade de Internação Oncológica de um hospital de médio porte de Erechim-RS.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência de acadêmicas de medicina que vivenciaram momentos de acolhimento a pacientes oncológicos em uma Unidade de Internação Oncológica de um hospital de médio porte de Erechim – RS. As visitas versaram entre situações de observação, assim como, de discussões clínicas conduzidas e supervisionadas por um professor médico da instituição. Os encontros aconteceram mediante planejamento das acadêmicas e o profissional. A

realização dos encontros aconteceu durante o mês de setembro do presente ano e preconizou, como metodologia, a observação e discussões acerca do acolhimento ao usuário vivendo com o câncer.

Os pacientes acompanhados caracterizam-se pelos diversos gêneros, bem como, os mais variados diagnósticos e estadiamentos, envolvendo a amplitude da abordagem proposta.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante das configurações das aulas do Curso de Medicina da URI - Erechim, o contato com os conteúdos curriculares, usuários, situações, diagnósticos e subjetividades do coletivo aconteceu de maneira mais aproximada e instigante. Destarte, o convívio com os professores e colegas suscitou novas informações, bem como, atitudes e posturas frente às situações de conflitos e interesses para a medicina. Assim, a oncologia constituiu-se como objeto de curiosidades e buscas pessoais, permitindo maiores estudos e inclinação para a temática.

A partir dessas considerações, fora contratualizado com um docente responsável por um serviço de atenção oncológica a possibilidade de visitas/observações aos usuários que vivenciam o câncer, perfazendo um caminho de aproximações, buscas e acompanhamento ao acolhimento, tratamento e cuidado desses. Diante da organização de um cronograma e identificação do serviço, as visitas tornaram-se momentos de esclarecimento, discussão clínica, sobremaneira, de escuta ativa e apoio às individualidades visualizadas.

A partir da experiência, pode-se perceber a relação médico-paciente como significativa e de grande valia, uma vez que, a situação é tratada com seriedade, segurança e sinceridade, permitindo aos pacientes e suas redes sociais o reconhecimento da condição, assim como do tratamento e, desta forma, conhecedores do prognóstico e possibilidades associadas. Segundo Taddeo et. al. (2012), quem está esclarecido e familiarizado com a realidade de ter uma doença crônica e mantém-se envolvido em seu tratamento, tende a se sentir mais confiante e esperançoso quanto ao prognóstico de sua doença.

Além disso, nos casos acompanhados, foi possível observar a participação de familiares no processo de apoio físico e psicológico. Neste sentido, considerou-se a presença de familiares e/ou acompanhantes como fator imprescindível para manter uma comunicação efetiva, e, assim, a possibilidade de inferir que o tratamento era aceito e mantido como o mais eficaz possível. Ainda, a presença constante de um acompanhante facilitou a percepção de que a evolução das condições físicas e biopsicossociais do paciente que vivencia o câncer, sempre foram prioridades na conduta assistencial.

A vivência com os usuários e suas coletividades propôs situações de reflexão e autoconhecimento, inclusive, frente à morte. Em uma das visitas, as acadêmicas acompanharam um paciente, que, alguns dias após o contato, faleceu, fato que provocou sentimentos vinculados à perda e ao luto e em conformidade com a situação, frustração frente à condição vivenciada. Acompanhando a condição das pessoas envolvidas com o paciente, observou-se o fenômeno da espiritualidade e da fé arraigado ao processo de luto, característica que amplia o olhar do cuidador e salienta a importância da subjetividade na gestão do cuidado.

A experiência do acolhimento aos usuários vivendo com o câncer permitiu, sobretudo, a identificação de estratégias terapêuticas importantes para potencializar a integralidade e a humanização do cuidado. Exemplo desta máxima é o vínculo constituído e a importância da escuta qualificada, fator que baliza melhorias na autoestima, autorrealização e autoconhecimento acadêmico e pessoal.

Contudo, embora seja observada a complexidade que acompanha o processo de desenvolvimento do câncer e suas características físicas, psicológicas, sociais e espirituais, a experiência foi valiosa para compreender o paciente como um ser integral, além da sua doença e, relacionando-o com o ambiente familiar e médico-hospitalar. As condutas observadas podem servir de exemplos para a formação em medicina e possibilitarem rearranjos, novas tecnologias do cuidado e ações responsáveis, seguras e equitativas.

4 CONCLUSÕES

A experiência demonstrou que o paciente oncológico, assim como seus familiares e/ou acompanhantes necessitam de uma atenção integral, uma vez que o câncer demanda estresse físico e psicológico de todos os indivíduos envolvidos no processo. Para tanto, os profissionais precisam adotar linhas de cuidado transversais e ampliadas subsidiando projetos terapêuticos singulares e clínica humanizada, entrevendo as identidades associadas ao cuidado.

A comunicação efetiva e afetiva pode contribuir significativamente para o entendimento do paciente em relação ao seu tratamento e prognóstico e, assim, estabelecer relações médico-paciente e médico-família sólidas e harmoniosas para que o melhor atendimento possa ser construído.

Os acadêmicos, não somente de Medicina, mas também de outras áreas da saúde, podem contribuir com a criação de ligas acadêmicas e discussões de casos clínico-epidemiológicos, permitindo um maior e melhor contato com os aspectos sociais das comunidades. Essa contribuição infere benefícios às populações, como a promoção e prevenção à saúde, assim como, espera-se a altercação de novas possibilidades e intervenções para o acolhimento do paciente oncológico, tendo em vista a desestruturação de espaços físicos e arranjos assistenciais existentes.

Portanto, este estudo se apresenta como uma oportunidade de reflexão para as formações acadêmicas da área da saúde e orienta-se como proposta de inserção de práticas em meios diagnósticos das diferentes complexidades dos Sistemas de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). Incidência de câncer no Brasil – estimativa 2018. **INCA**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>>. Acesso em: 22 set. 2018.

SILVA, S.C.B.; GUEDES, M.R. Percepções dos acompanhantes de pacientes em estado de terminalidade. **Revista Refacs**, Uberaba, v.5, n.2, p.221-227, 2017.

SOARES, D.A.; SANTOS, E.M.; ARRUDA, I.S. Itinerários terapêuticos de pessoas com câncer: produção científica no Brasil. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.20, n.1, p.118-129, 2017.

TADDEO, P.S. GOMES, K.W.L.; CAPRARA, A.; GOMES, A.M.A.; OLIVEIRA, G.C.; MOREIRA, T.M.M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência e saúde coletiva**, Fortaleza, v.17, n. 11, p.2923-2930, 2012.

THEOBALD, M.R.; SANTOS, M.L.M.; ANDRADE, S.M.O.; DE-CARLI, A.D. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.1249-1269, 2016.

PERCEPÇÃO SOBRE A APLICABILIDADE E ADESÃO DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

**TISSIANI, Taciê; DALLAPRIA, Daniela; ROSS, Giovanna;
SARTORI, Giana; SARTORI, Juliano.**

URI - Erechim - taciehtissiani@gmail.com- daniela@dallapria.com.br -
giovannastr@gmail.com - sgiana@uricer.edu.br - jsartori@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

As Diretivas Antecipadas de Vontade ou Testamento Vital são uma forma de assegurar previamente os desejos do paciente em relação a tratamentos médicos em caso de incapacidade futura, ou seja, em momentos finais de vida decorrentes de patologias incuráveis. No ano de 2012, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução 1995/2012, que dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade em seus artigos definindo o que são e como devem ser expressadas. Além disso, recomenda que o médico pode registrar no prontuário do paciente a sua manifestação de vontade (BRASIL, 2012).

Entende-se que ninguém melhor do que o próprio paciente, detentor de autonomia, para decidir antecipadamente sobre os tratamentos que deseja se submeter ou não, em caso de vir a se encontrar em estado de incapacidade. (DALDATO, 2013). Além disso, destaca-se a participação da família do paciente nas diretivas antecipadas de vontade no sentido de apoiar as suas decisões sobre fim de vida. (DALDATO, 2013, p.120)

Diante deste contexto, justifica-se a pesquisa e o questionamento se o indivíduo tem o direito de manifestar sua vontade antecipadamente evitando ser submetido a tratamentos médicos indesejados em caso de doença incurável. Assim, o objetivo deste estudo é investigar a percepção dos pacientes, familiares e profissionais da

saúde e do direito sobre a aplicabilidade e adesão às diretivas antecipadas de vontade.

2 METODOLOGIA

A pesquisa foi analítica, descritiva, prospectiva, registrada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 18719413.3.0000.5351. Foram entrevistados 33 sujeitos divididos em quatro grupos de interesse: pacientes portadores de câncer em tratamento oncológico, familiares de pacientes portadores de câncer, profissionais atuantes na área da saúde da URI - Erechim e profissionais atuantes na área do direito da URI – Erechim. As variáveis de interesse da pesquisa foram obtidas através de uma entrevista semiestruturada (MINAYO, 2009) realizada pelos pesquisadores com aplicação de um instrumento de coleta de dados, realizada no Centro de Câncer Erechim(COC) e na URI - Campus de Erechim, no mês de setembro de 2018. Os dados foram apresentados de acordo com as frequências relativas encontradas e para a análise do conteúdo foram extraídas generalizações de acordo com a percepção dos grupos ou dos indivíduos participantes (LAKATOS, MARCONI, 2003, p.187).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 33 indivíduos, com idade média de 48 anos, sendo 22 mulheres (66,7%) e 11 homens (33,3%). A distribuição dos sujeitos entrevistados de acordo com os grupos foi assim representada: 18,1% portadores de câncer; 18,1% de familiares de pacientes; 42,4% de profissionais da área da saúde e 21,2% de profissionais do direito. Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados predominou o curso superior completo e pós graduação com 75,7%. Quanto ao antecedente pessoal de doença crônica, 42% afirmaram serem portadores e 58% não são portadores de patologia crônica. A ocorrência de doença crônica na família esteve presente em 100% dos entrevistados e 78,8% dos entrevistados relataram algum caso de terminalidade em suas famílias.

Quanto ao conhecimento do tema Diretivas Antecipadas de Vontade, 42% dos entrevistados afirmaram ter noções sobre o assunto e quando interrogados sobre a possibilidade e interesse em terem mais informações sobre o mesmo, 90,9% declararam ter interesse. Apenas um entrevistado (3%) relatou ter expressado antecipadamente, na forma verbal, a sua vontade de não realização de tratamento em caso de terminalidade e todos os entrevistados não expressaram sua vontade na forma escrita. Os entrevistados argumentaram que o desconhecimento do assunto e a ausência de um segmento médico nesta área foram razões para não pensar no assunto. Aliado a não reflexão sobre o tema referiram alguma relutância ao se imaginar em situação de terminalidade.

Dos entrevistados, apenas um (3%) expressou ao seu médico, na forma verbal oral, antecipadamente a sua vontade quanto a não realização de tratamento em caso de terminalidade. Contudo, 32 participantes (96,9%) não manifestaram a sua vontade. Quanto a declaração de maneira verbal escrita ao profissional médico, 100% expuseram que não a realizaram. Os entrevistados argumentaram que além do desconhecimento do assunto e a falta de oportunidade, ou seja, pelo fato do médico nunca ter mencionado o assunto foram motivos para a não adesão. Em relação à expressão verbal à família 57,5% dos entrevistados alegaram já terem efetivado. Estes entrevistados justificaram que as suas vontades e desejos quanto a não realização de tratamentos, em momentos finais de vida foram realizadas em diálogos informais com a família, entendendo que não há motivos para prolongar a vida em situação terminal, bem como prezam pela dignidade e respeito.

Quanto a adesão às Diretivas Antecipadas de Vontade, 90,9% dos entrevistados demonstraram interesse e 63,3% concordaram com o registro em cartório do Testamento Vital, sendo que, 36,3% refutaram a realização oficial deste documento. Quanto a análise dos grupos referente ao conhecimento sobre Diretivas Antecipadas de Vontade e a sua aplicabilidade observamos que no grupo de pacientes e familiares somente 16,6% tinham estas informações. Na área da saúde 50% dos profissionais da saúde afirmaram ter consciência sobre o tema e no grupo dos profissionais do direito 71,4% relataram clareza quanto ao tema mencionado. A percepção mais recorrente dos entrevistados que aderiram às Diretivas Antecipadas

de Vontade diz respeito à autonomia e à garantia de sua vontade, no sentido de não prolongar uma vida inevitavelmente sem perspectiva. Da mesma forma, objetivam evitar o sofrimento, tanto pessoal quanto familiar, ao garantir legalmente o seu direito de escolha.

4 CONCLUSÕES

Apesar da amostra de pesquisa não atingir um número equilibrado de sujeitos entrevistados em cada grupo pesquisado, algumas conclusões são relevantes nesta pesquisa. Destaca-se a importância da democratização do conhecimento sobre o prisma das diretivas, que deve estar mais acessível à população em geral e não centrado em alguma área profissional.

Além disso, apesar da frequente insciência com relação ao tema, foi inegável a percepção da importância do mesmo demonstrada pela quase unanimidade dos entrevistados e concordância na aplicabilidade deste instrumento como garantia da morte digna, além da autonomia pessoal e postura humanizada diante das necessidades de um doente terminal.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1995 de agosto de 2012 Diretivas Antecipadas de Vontade**. Disponível em: <www.portalmedico.com.br>. Acesso em: 25 set. 2018.

DALDATO, L. Decisão Liminar na Ação Civil Pública 0001039-86.2013.4.01.3500: Suspensão da Resolução n. 1.995/2012. In: **Revista Brasileira de Direito das Famílias e Sucessões**. v. 33 (abr./maio 2013). Porto Alegre: Magister; Belo Horizonte: IBDFAM, 2013.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009

PNEUMONIA COMUNITÁRIA GRAVE POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

**VIEIRA, Maria Isabelle Nakano; NASCIMENTO, Vivianne Amanda;
GRASSI, Marieli; RIVIERA, Jéssica Elisa Souza;
CASSEL, Laura; GRITTI, Leandro Antônio.**

URI Erechim - be.ll.ee@hotmail.com; vivianneamandda@gmail.com;
marieli_grassi@hotmail.com; je_riviera@unochapeco.edu.br
laucassel@hotmail.com; leandro@gritti.com.br

1 INTRODUÇÃO

Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é definida com a apresentação de sinais e sintomas compatíveis com doença respiratória do trato inferior associado a alterações radiológicas num doente que vem da comunidade e que desenvolve o quadro em até 48h após a admissão no hospitalar (MACFARLANE et al., SBPT, 2009). A PAC é uma doença infecciosa aguda de significativa morbimortalidade e custos associados ao tratamento. No Brasil, em 2017, as PAC foi a segunda causa de hospitalização, correspondendo a 14% de todas as internações (SBPT, 2009; BAHLIS et al., 2018).

O *Streptococcus pyogenes* é causa pouco comum de PAC. Relatamos um caso de pneumonia comunitária grave por *Streptococcus pyogenes* com complicação pleural (empiema).

2 METODOLOGIA

Realizado relato de caso de PAC por *Streptococcus pyogenes* atendido no Hospital de Caridade de Erechim, associada a revisão de literatura utilizando o site de busca Google acadêmico, as principais diretrizes das sociedades científicas e artigos

retirados da plataforma PubMed e Scielo. Foi obtido o consentimento informado do paciente.

3 RELATO DO CASO

Paciente E.P.W., masculino, 45 anos, previamente hígido, admitido no Hospital de Caridade de Erechim, em 27 de julho de 2018, com febre alta (39°C), prostração, dor torácica à direita, dispnéia de início há menos de 24 horas. Previamente à admissão apresentava mal estar geral (sudorese, tremores) e febre. Na avaliação inicial, os sinais vitais eram: PA-110/60 mmHg, FC-118 bpm, FR-25 mrm, Tax-39,2°C, Sat O₂-89% aa. Apresentava-se com palidez cutânea, sudorético com pele fria e pegajosa. Ausência de sintomas neurológicos. Ausculta pulmonar: crepitanes e sopro tubário à direita e diminuição dos murmúrios na base. Raio X com extensa consolidação à direita e obliteração do seio costofrênico. Os exames da admissão demonstravam discreta leucopenia com grande desvio à esquerda (30% de bastões), eletrólitos normais, creatinina-2,07, PaO₂-61mmHg, PCR 246,4(VN<10). O Anti-HIV foi negativo.

Foram solicitadas então hemoculturas e não foi realizado exame de escarro, pois não havia expectoração. Iniciado imediatamente a antibioticoterapia (cefuroxima e azitromicina), sintomáticos, hidratação e oxigenioterapia via cateter nasal. Ao longo do dia paciente apresentou hipotensão, não responsiva à infusão inicial de volume, piora da hipoxemia e taquipnéia, sendo transferido para Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na UTI necessitou vasopressores e suporte ventilatório não invasivo.

Na hemocultura foi identificado *Streptococcus pyogenes* sensível a penicilinas e cefalosporinas e resistente à macrolídeos e quinolonas. Após 5 dias completos de antibioticoterapia, apresentou piora da dor, febre, hipoxemia e piora da radiografia. Realizado então TC de tórax que evidenciou extensa consolidação e derrame pleural parcialmente loculado à direita compatível com empiema. Realizada troca da antibioticoterapia para ampicilina com sulbactam e vancomicina e o paciente foi submetido a decorticação pleural por pleuroscopia com drenagem do empiema e liberação das septações no mesmo dia.

Após a mudança de conduta, paciente evoluiu progressivamente para melhora, tendo alta da UTI após cinco dias e alta hospitalar no 23º dia pós-admissão, em boas condições clínicas.

4 DISCUSSÃO

A Pneumonia é doença infecciosa aguda do parênquima pulmonar. Geralmente causada por vírus, bactérias e fungos, sendo o *S. pneumoniae* responsável por cerca de 45% dos casos de PAC com etiologia confirmada. É a principal causa de morte por infecções no mundo, com incidência de 12 casos/1000 hab./ ano (SBPT, 2009; VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PNEUMONIAS NO BRASIL, 2007).

O *Streptococcus pyogenes*, bactéria do grupo beta hemolítico, gram positiva, que pode causar infecção das vias aéreas superiores, como faringite, tonsilites e otites (HERRERA; HUBER, 2016). Atualmente, pneumonia causada por *S. pyogenes* é considerada rara e se apresenta com alta taxa de mortalidade. Segundo um estudo de 2016, a incidência de PAC causada por esse agente é de 1.14 casos/100.000 hab./ano (TAMAYO; MONTES, 2016). É um pouco mais frequente em crianças do que em adultos (AL-KAAB, 2006). O *S. pyogenes* possui em sua parede celular a proteína M. O tipo 1 desta proteína forma complexos de fibrinogênio que se ligam a superfície dos neutrófilos resultando em sua degranulação. Isto leva ao dano pulmonar agudo com aumento da permeabilidade vascular, hemorragia e deposição de fibrina no espaço alveolar (SOEHNLEIN et al., 2008).

A Pneumonia por *S.pyogenes* costuma ter mais derrames pleurais extensos, culturas positivas no líquido pleural, síndrome febril e períodos de internação prolongados (SALIDAS, et al., 2008). A radiologia é característica, com infiltrados pulmonares broncopneumônicos que se complicam em poucas horas em derrame pleural na maioria dos casos. O líquido pleural tem características de exsudato parapneumônico ou de empiema.

A presença de bacteremia, por si só, não indica maior risco de falha no tratamento, readmissão ou morte conforme um estudo (CILLÓNIZ; GABARRÚS; ALMIRALL, 2004).

Diagnóstico: baseia-se na presença de sintomas do trato respiratório inferior como tosse, expectoração, dispneia e dor torácica e achados de crepitação com ou sem sopro tubário na ausculta pulmonar. Manifestações sistêmicas (confusão, cefaleia, sudorese, calafrios, mialgias e temperatura superior a 37,8°C). O Raio X de tórax revela presença de uma opacidade/consolidação (MACFARLANE et al., 2001; MUSER; THORNER, 2015) e auxilia na avaliação da gravidade, de comprometimento multilobar, derrame pleural e na monitorização da resposta ao tratamento (SBPT, 2009). A TC de tórax pode ser útil quando existe dúvida sobre a presença ou não de infiltrado radiológico, na presença de um quadro clínico que não condiz com a radiografia, na detecção de complicações (derrame pleural loculado e abscesso), assim como para diferenciar massas pulmonares de infiltrado pneumônico (MACFARLANE et al., 2001; SBPT, 2009). No caso de derrame pleural, deve-se considerar toracocentese a fim de excluir empiema ou derrame parapneumônico complicado (SBPT, 2009; DIRETRIZES NA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DAS DOENÇAS PLEURAS, 2006). A ultrassonografia é útil nos derrames pequenos ou suspeitos de loculação (MACFARLANE, 2001). Nos casos de PAC hospitalizados deve-se obter, antes do início da antibioticoterapia, GRAM e cultura de escarro, hemoculturas, pesquisa de antígeno urinário para pneumococo e Legionella (se disponíveis), proteína C reativa e PCR (reação em cadeia da polimerase) para patógenos geralmente não colonizadores (SBPT, 2009; MUSER; THORNER, 2015). Baixa concentração sérica de procalcitonina (<0,1 µg por litro) pode ajudar no descalonamento do antibiótico (MUSER; THORNER, 2015; JAIN et al., 2015). O derrame pleural parapneumônico é uma complicação que ocorre durante o curso clínico de uma pneumonia. Sua incidência é subestimada, podendo aparecer em cerca de 25% a 44% dos casos de PAC (DIRETRIZES NA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DAS DOENÇAS PLEURAS, 2006; JAIN et al., 2015).

Em revisão de 17 casos de pneumonia por *Streptococcus pyogenes* no Reino Unido, o organismo foi isolado na hemocultura em 15 (88%) dos pacientes. Oito (47%) pacientes morreram, 5 no primeiro dia de internação. Comorbidades estavam presentes em 65% dos pacientes. As principais complicações foram sepse, reação pleural, choque, cavitação pulmonar, osteomielite e abscessos (MACFARLANE et al., 2001).

Na Espanha, estudo de 40 casos de pneumonia por *S. pyogenes* teve mortalidade de 20%, sendo que 50% das mortes ocorreram com 24 horas da admissão. Cerca de 2/3 dos pacientes eram idosos ou tinham comorbidades, embora 13 pacientes, dois quais dois faleceram, eram previamente hígidos (TAMAYO et al., 2016).

Tratamento: A terapia antimicrobiana na PAC não deve ser postergada, visando a diminuição da mortalidade, custos e tempo de internação hospitalar (SBPT, 2009).

O escore CURB-65 auxilia a mensurar a gravidade da PAC e definir local de tratamento ¹². Na prática, PAC grave é aquela onde há maior chance de piora do quadro ou grande risco de óbito e seu manejo é em UTI. Pacientes sépticos e que precisam de ventilação mecânica tem indicação absoluta a admissão na UTI (SBPT, 2009).

O antibiótico de escolha para o *S. pyogenes* é a penicilina. No trabalho realizado na Espanha todos os isolados eram sensíveis à penicilina e apenas 1 isolado resistente a macrolídeo. Maior parte dos pacientes com PAC responde de forma adequada a antibioticoterapia instituída, porém 7% dos doentes ambulatoriais e 10-24% dos internados podem ter uma resposta inadequada ao tratamento. Em pacientes que desenvolvem derrame pleural parapneumônico complicado ou empiematização, o tratamento cirúrgico (drenagem de tórax) se impõe, sendo a toracoscopia precoce uma opção a ser considerada, especialmente em derrames loculados, sepse não controlada.

REFERÊNCIAS

AL-KAAB, N.; SOLH, Z.; PACHECO, S.; SOLH, Z.; PACHECO, S.; MURRAY, L.; GABOURY, I.; L.E.; SAUX N. A Comparison of Group A Streptococcus Versus Streptococcus pneumoniae Pneumonia. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v.25, n.11, p.1008-1012, november, 2006.

BAHLIS, L.F.; DIOGO, L.P.; KUCHENBECKER, R.S.; FUCHS, S.C. Perfil clínico, epidemiológico e etiológico de pacientes internados com pneumonia adquirida na comunidade em um hospital público do interior do Brasil. **J Bras Pneumol.**, v.44, n.4, p.261-266, 2018.

BARTOLOMÉ M., ALMIRALL J., MORERA J. et al. A population-based study of the costs of care for community-acquired pneumonia. **European Respiratory Journal**, p.23, p.610-616, 2004.

CILLÓNIZ, C.; TRAVERSO, C.; CHIURAZZI, C.; GABARRUS, A; RANGEL, E; MARCO, F.; MENSA, J.; TORRES, T. Bacteraemia in outpatients with community-acquired pneumonia. **European Respiratory Journal.**, v.46, p.2583, 2015.

DIRETRIZES NA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DAS DOENÇAS PLEURASIS, v.32 - Supl. 4, 2006.

HERRERA A.L.; HUBER V.C. Chaussee, M.S. The Association between Invasive Group A Streptococcal Diseases and Viral Respiratory Tract Infections. **Front. Microbiol.**, v.7, p.342, 2016.

JAIN, S.; SELF, W.H.; WUNDENRIK, R.G.; FAKHRAN, S.; BALK, R.; BRAMLEY AM, et al. Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Adults. **N Engl J Med.**, v.373, p.415–27, 2015.

MACFARLANE J.; BOSWELL T.; DOUGLAS G.; FINCH R.; HOLMES B.; HONEYBOURNE, D. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. **Thorax**, v.56, n.8, p.1-64, 2001.

MUSHER, D. M., THORNER, A. R. Community-Acquired Pneumonia. **New England Journal of Medicine**, v.371, n.17, p.1619–1628, 2015.

SALIDAS, F.P; YANEZ, J.V.; SALDIAS, V.H.; DIAZ, O.P. Neumonía grave por Streptococcus pyogenes. Reporte de un caso. **Rev Med Chile**, v.136, p.1564-1569, 2008.

SBPT. Diretrizes para pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) em adultos imunocompetentes. **JBrasPneumol**; v.35, n.6, p.574- 601, 2009.

SEPAR – Sociedad Española de Neumología Y Cirugía Torácica. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural (Revisión 2014). **Editorial Respira**, 2014.

SOEHNLEIN, O.; OEHMCKE, X.A.G.; ROTHFUCHS, R.; FRITHIOF, N.; VAN ROOIJEN, M.; MÖRGELIN, H.; HERWALD, L. Lindbom Neutrophil degranulation mediates severe lung damage triggered by streptococcal M1 protein. **Eur Respir J**, v.32, p.405-412, 2008.

TAMAYO E.; MONTES, M.; VICENTE, D.; PÉREZ-TRALLERO, E. *Streptococcus pyogenes* Pneumonia in Adults: Clinical Presentation and Molecular Characterization of Isolates 2006-2015. **Plos One**, March 30, 2016.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PNEUMONIAS NO BRASIL. **Vigilância de Saúde**. Ministério da saúde 2007. <https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/21_09__10_15__marcia_lopes_de_carvalho.pdf>. Acesso em: 29 set. 2018.

PREVENÇÃO DE TENDINITE PATELAR NO PÓS-OPERATÓRIO DE RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

**BRESOLIN, Lucas; SICHELERO, Carlos Henrique Pinson;
PERSZEL, Luiz Henrique; GRAZZIOTIN, Rafael Pilau;
STRÖHER, Angelo Luis; Busetto, Marcos Antônio.**

URI Erechim – luk.bresolin@gmail.com – chpsichelero@gmail.com –
l.henriqueperszel@gmail.com – rpgrazziotin@hotmail.com –
angelo.md@bol.com.br – marbusetto@uol.com.br

1 INTRODUÇÃO

A reconstrução do Ligamento Cruzado Anterior (LCA) é uma das cirurgias de joelho mais frequentes, principalmente na área esportiva. Apesar de sua evolução, notou-se que uma das complicações recorrentes no pós-cirúrgico é a tendinite patelar, uma vez que essa complicação é desencadeada devido a uma agressividade maior na utilização de enxerto proveniente do ligamento patelar ou de um inadequado tratamento pós-cirúrgico. A tendinite patelar no pós-cirurgia de LCA implica em complicações na reabilitação do paciente, para evitar isso é possível utilizar métodos alternativos para a cirurgia, como a utilização de tendões de outros músculos ou até mesmo o simples fato de realizar o procedimento de retirada do ligamento patelar com maior cautela (PENTEADO et al., 2003; GUIMARÃES; CARVALHO JR.; TERRA, 2009; LEAO; PAMPOLHA; ORLANDO JR., 2015).

2 METODOLOGIA

Este trabalho é baseado em artigos e livros de Ortopedia e Traumatologia que abordam sobre reconstrução de Ligamento Cruzado Anterior (LCA) e tendinite patelar, essa com maior ênfase em sua incidência devido à cirurgia de restauração do LCA.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perante uma vasta gama de etiologias possíveis no joelho, a que mais se destaca, seja por sua gravidade ou por sua incidência, é o rompimento do LCA, que ocorre principalmente em atletas. Com base nisso, é notória a evolução da medicina no tratamento, tanto no conservador quanto no cirúrgico, de lesão parcial ou ruptura total do LCA. Entretanto, ainda há complicações no pós-cirúrgico dessa etiologia, sendo uma das mais relevantes a tendinite patelar, uma vez que esta pode dificultar na reabilitação pós-cirúrgica, sendo considerada uma complicação tardia (PENTEADO; AMARAL, 2003; LEAO; PAMPOLHA; ORLANDO JR., 2015).

A tendinite patelar ligada ao processo operatório referido anteriormente pode ocorrer devido a uma agressão ocasionada no ligamento patelar no momento da retirada do enxerto a ser utilizado na reconstrução do LCA e pela realização tratamento e protocolos de reabilitação inadequados ou agressivos (PENTEADO; AMARAL, 2003; CANELE, 2006; GUIMARÃES; CARVALHO JR., TERRA, 2009; LEÃO; PAMPOLHA; ORLANDO JR., 2015; CAMANHO, 1996).

Nas literaturas, em sua maioria, tanto quanto em artigos científicos a menção de tendinite patelar como complicação da cirurgia de LCA está inclusa no termo dor persistente na parte anterior do joelho. Isso devido ao fato de os pacientes relatarem o mal que sentem com esse termo aos seus médicos (CANELE, 2006; LEÃO; PAMPOLHA; ORLANDO JR., 2015; CAMANHO, 1996).

Na medicina atual já há formas de evitar a tendinite patelar relacionada a reconstrução de LCA, por exemplo, a utilização dos tendões isquitiibiais, principalmente o grácil e o semitendíneo ao invés do ligamento patelar, devido a uma morbidade relativamente baixa no local da doação, uma vez que o procedimento de retirada dos tendões grácil e semitendíneo é menos invasiva em comparação com o tendão da patela, com uma incisão menor e mais medial em relação ao ligamento patelar, o que possibilita em uma melhor reabilitação e maior preservação do arco de movimento sem dor do joelho do paciente (CANELE, 2006; LEÃO; PAMPOLHA; ORLANDO JR., 2015).

Estudos mais recentes apontam para a possibilidade da utilização do tendão do quadríceps femoral como enxerto alternativo para reposições, especialmente nas cirurgias de revisão do LCA, além de ser recomendado para joelhos com múltiplas lesões ligamentares, esse é um enxerto com menor tensão final que o do patelar, do grácil e do semitendíneo, mas a retirada desse enxerto também diminui o risco lesionar a patela no ato cirúrgico, consequentemente evitando a tendinite patelar pós-operatório (CANELE, 2006; GUIMARÃES; CARVALHO JR., TERRA, 2009).

Quando a utilização do ligamento patelar faz-se necessária, devido particularidades do paciente, a orientação é realizar o procedimento com muita cautela, a fim de evitar a agressão da patela e ao restante do ligamento, seguido de um tratamento fisioterápico adequado de reabilitação que inicie no pós-operatório imediato (PENTEADO; AMARAL, 2003; CANELE, 2006; LEÃO; PAPOLHA; ORLANDO JR., 2015; CAMANHO, 1996).

4 CONCLUSÕES

A incidência de tendinite patelar pode ser reduzida com a utilização dos tendões semitendíneo, grácil ou quadríceps femoral para realizar a reconstrução do LCA, pois possuem vantagens na reabilitação quando comparado à utilização do ligamento patelar. Caso necessária a utilização do ligamento patelar, por alguma particularidade do paciente, deve-se ater fielmente e com maior cautela à técnica do procedimento referido, seguido da fisioterapia pós-operatória imediata.

REFERÊNCIAS

CAMANHO, G.L. **Patologia do joelho**. São Paulo: Sarvier, 1996.

CANELE, T. **Cirurgia ortopédica de Campbell**. 10 ed. São Paulo: Manoele, 2006.

GUIMARÃES, M.V.; CARVALHO JR; L.H.; TERRA, D.L.; Reconstrução do ligamento cruzado anterior com o terço central do tendão do músculo quadríceps: análise de resultados após 10 anos. **Revista brasileira de ortopedia (RBO)**, v.44, n. 4, 2009.

LEAO, M.G.S.; PAMPOLHA, A.G.M.; ORLANDO JR., N. Resultados funcionais da reconstrução do ligamento cruzado anterior com o terço central do ligamento patelar e os tendões flexores. **Revista brasileira de ortopedia (RBO)**, v.50, n.6, 2015.

PENTEADO, P.C.F.; AMARAL, G.H.A.; MELO, W.J.; NETO, J.F.N. **Complicações da reconstrução do ligamento cruzado anterior**, 2003. Disponível em: <<https://www.grupodojoelho.com.br/img/uploads/publicacoes/1465322693-gj-2a53c479db6546f803b89734f65c9452.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018

PROTÓTIPO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: UMA PROPOSTA LÚDICA EM NEUROFISIOLOGIA HUMANA

**KLEBER, Tairine; DE PRÁ, Matheus Marchesan;
SARTORI, Juliano; CORRÊA, Márcio Silveira.**

URI Erechim – taykleber1999@gmail.com – matheusdepra@gmail.com –
jsartori@uricer.edu.br – marciomdsc@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O ensino da fisiologia do sistema nervoso deve ocorrer concomitantemente com a aprendizagem da neuroanatomia, visto que estão correlacionadas e assim possibilitarão uma melhor compreensão e entendimento aos estudantes. O estudo de neurofisiologia, atualmente, apresenta uma sobrecarga de conteúdos, aliado ao estereótipo de dificuldades associadas à matéria, por isso a importância de atividades com viés lúdico, buscando desta forma auxiliar o entendimento sobre o assunto. O lúdico apresenta-se como uma alternativa para corroborar o aprendizado teórico-prático padrão. De acordo com Piaget, as atividades lúdicas contribuem para facilitar e aprimorar conhecimentos prévios, pois o “brincar” e o “jogar” proporciona a visualização do estudo. O presente trabalho tem como objetivo a criação e confecção de um molde anatômico do encéfalo e estruturas associadas a partir de uma atividade didática e lúdica desenvolvida no estudo da neurofisiologia, visando uma melhor compreensão do sistema nervoso central.

2 METODOLOGIA

O desenvolvimento de um protótipo criativo do Sistema Nervoso Central em aula prática da disciplina de Fisiologia Humana I, módulo de Neurofisiologia, do curso de Medicina da URI Erechim. A atividade proposta em aula teve como base o método

utilizado pelo autor Pliszka (2004) na sua obra *Desenhe o cérebro: Introdução à neuroanatomia clínica*, e consistiu em desvendar a maneira correta de montagem básica do encéfalo, tendo como base o passo-a-passo do material proposto. Primeiramente, a análise da proposta como um todo, foi imprescindível para visualização prática do esquema do encéfalo. Partindo desse ponto, e tendo como base os moldes presentes no material, desenvolveu-se um protótipo feito com papel, utilizando ainda, cola e tesoura.

A partir do protótipo foi possível visualizar a formatação para obter uma maquete tridimensional, buscando representação das estruturas básicas que compõem o encéfalo em diferentes dimensões com corte sagital e transversal, convergindo as duas formas em uma única peça. Para a formatação do córtex, representação do tálamo e do cerebelo empregou-se o uso de esferas de isopor e folhas de EVA e de “papelão”, foram importantes para a confecção do fórnix, do putame, da base para o córtex, corpo amigdalóide, núcleo subtalâmico, núcleos da base e hipotálamo. Além desses materiais foram utilizados silicone, alfinetes e cano de PVC, sendo este último utilizado para a representação do tronco cerebral.

As peças foram montadas a partir de uma base para o córtex cerebral, feita com EVA e papelão, com encaixe no cano de PVC, que representa o tronco cerebral. Na base foi fixada metade de uma esfera de isopor maior verticalmente, sendo ela, representação do córtex e, uma menor, para ilustração do cerebelo. Transversalmente a esta estrutura, fixou-se no plano longitudinal, a outra metade da esfera maior; não respeitando a proporcionalidade. As estruturas que estão acima do tronco e abaixo do córtex em representação anatômica foram conectadas, bem como, o putame, o fórnix, o tálamo (representado pela segunda metade da esfera menor de isopor), o corpo amigdalóide, o núcleo subtalâmico (núcleos da base) e o hipotálamo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da confecção da peça, percebeu-se uma visão ampliada do sistema, facilitando a compreensão e as correlações de cada estrutura, integrando neuroanatomia e neurofisiologia. A construção da peça, de maneira lúdica,

proporcionou um ambiente de debate e conversa entre os integrantes do grupo, somando ao conhecimento proposto pela aula. A confecção foi esquematizada de forma lúdica, buscando a representação da neuroanatomia real.

O lúdico traz em seu enredo a representação da realidade (matéria, natureza) recriada metaforicamente. Trata-se da realização de uma aparência. Pressupõe uma mudança de perspectiva para a esfera teatral ou representativa, em que as coisas são aceitas pelo que são vivenciadas. É a lógica do faz de conta, do “como se” (CAMPBELL, 1992).

A liberdade criativa permite que haja busca pelo conhecimento através de maneiras não convencionais, propiciando um ambiente fértil para entendimento do assunto, com fixação do conteúdo abordado, devido ao imenso debate no momento de montagem.

4 CONCLUSÕES

A atividade, com liberdade de montagem foi o principal ponto de estimulação de curiosidade, o que fez com que se abrisse um leque de opções de materiais e formatação da peça. Mesmo sem conhecimento prévio das estruturas, graças à procura em diferentes áreas, foi possível montar de forma correta o esquema de encéfalo, seguindo o passo a passo após organização do material oferecido.

A partir da montagem do encéfalo, busca-se uma estimulação da curiosidade; como consequência, surge o conhecimento construído e não desprezível por parte dos estudantes que se propuseram a fazer a confecção.

Portanto, é de extrema importância que os métodos convencionais abram espaço para algumas estimulações lúdicas na busca do conhecimento autodidata dos estudantes.

REFERÊNCIAS

CAMPBELL, J. **As máscaras de Deus**. São Paulo: Palas Athena, 1992.

DE OLIVEIRA, M.L. (org.). **(Im)pertinências da Educação: o trabalho educativo em pesquisa.** São Paulo: Cultura acadêmica, 2009.

HALL, J.E.; GUYTON, A.C. **Guyton & Hall: Tratado de Fisiologia Médica.** 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

PAULSEN, F.; WASCHKE, J. (Coord.). **Sobotta: Atlas de Anatomia Humana.** 24. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

PLISZKA, S. **Neurociência para clínico da saúde mental.** Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.2. p.19-30.

ROWLAND, L.P. **Merrit: Tratado de Neurologia.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

REDE CEGONHA E CADERNETA DA GESTANTE: A HUMANIZAÇÃO E O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA SAÚDE

DARTORA, Franciele; MAGALHÃES, Lidia Oliveira

URI Erechim – frandart22@gmail.com – lidia.o.magalhaes@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde está muito além de que a população tem conhecimento. Suas diretrizes, políticas e programas são extensos e, mesmo assim, a saúde pública ainda se encontra muito deficitária.

Ao observar a rotina de uma Unidade Básica de Saúde, foi possível constatar que, até mesmo os profissionais, ainda possuem grande dificuldade para pôr em prática o que almeja ser alcançado através do programa Rede Cegonha e da Caderneta da Gestante. Estes tratam especificamente da saúde da mulher, principalmente em seu âmbito reprodutivo.

Dessa forma, o presente trabalho foi realizado com o objetivo de demonstrar, através de uma breve pesquisa bibliográfica, que a valorização e a realização de tais políticas são capazes de proporcionar uma saúde mais humanizada e eficiente no que diz respeito ao sistema de Referência e Contrarreferência. Isto é essencial para que o período gestacional de uma mulher decorra de forma saudável, tranquila e cômoda, tanto para a paciente, quanto para os profissionais que a assistam.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho foi elaborado através de pesquisa bibliográfica, visando sanar os questionamentos que surgem sobre o assunto durante as aulas práticas da disciplina de Imersão SUS – I. São nestas que são feitos os levantamentos de alguns breves dados sobre a Rede Cegonha e a Caderneta da Gestante,

despertando a ânsia por uma pesquisa exploratória de maior amplitude e especificidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o Manual Para Implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011, p.5), a Rede Cegonha, dentre outros objetivos, foi articulada com a missão de garantir uma amplitude de cuidados para que toda mulher tenha direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério e atendimento à criança até vinte e quatro meses. Nesse sentido, a humanização da saúde, em especial sobre as questões gravídico-puerperais de uma mulher, é posta em destaque, para que, com a sua garantia explícita através da Rede Cegonha, possa, então, ser uma prática recorrente na saúde pública. Ainda de acordo com o Manual (Ministério da Saúde, 2011, p.7)

O conceito de atenção humanizada é amplo e pode contemplar diversos significados mas, a partir de sua aplicação ao contexto da assistência obstétrica e neonatal, envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Nesse cenário, a Caderneta da Gestante surge, então, como um importante componente da Rede Cegonha, que busca além de orientar, informar, explicitar e dialogar com as gestantes. Sendo assim, estabelece, com maior confiabilidade e de maneira mais simples, um sistema de Referência e Contrarreferência entre os serviços de Baixa Complexidade, como a Unidade Básica de Saúde em que o Pré-natal é realizado, e os serviços especializados de Alta Complexidade e o Hospital Referência aonde se realizará o parto.

É indispensável que a Rede Cegonha se articule com o projeto da Caderneta da Gestante de tal forma que, “sendo um princípio da Rede Cegonha, a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto” (BRASIL, 2011, p.10) possa ocorrer.

Segundo Neto et al. (2012, p.257) a “assistência pré-natal na atenção básica articulada a média e alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, visa

oferecer uma atenção humanizada à mulher e à criança”. A garantia desse direito foi adquirido através da “Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS” (BRASIL, 2007) de maneira que tais atos estejam explicitados de forma clara e efetiva, de modo que os princípios e diretrizes de ambos os projetos concluam-se com exímio.

Ao se relatar através das vivências proporcionadas pela disciplina de Imersão SUS – I no município de Erechim-RS, foi possível verificar que os serviços de baixa e alta complexidade estão desarticulados, uma vez que o médico responsável pelo pré-natal não será o profissional que realizará o parto no Hospital. Tal fato reforça, ainda mais, a necessidade de que a Caderneta da Gestante seja preenchida de forma correta e usada com seriedade, como um importante documento para que, no momento do referenciamento de cada gestante, o profissional médico da Alta Complexidade disponha de todas as informações que precisará, de forma mais fácil e advinda de uma fonte segura. Muitas vezes, a gestante não lembra ou não consegue explicar todas as intercorrências de seu quadro clínico.

Para tanto, para que a política pública de saúde da Rede Cegonha, juntamente com a proposta da Caderneta da Gestante esteja sendo, cada vez mais, um forte elo entre Unidade Básica de Saúde e Hospital, é importante levar em consideração que “o registro adequado dos dados no cartão da gestante é valorizado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) como fonte de informações do pré-natal da mulher” (NETO et al., 2012, p.262). Torna-se necessário buscar a promoção de ações que valorizem a autonomia da mulher como guardiã de um importante documento de informações sobre sua gestação, fundamental para que o processo de Referência e Contrareferência ocorram da melhor maneira possível.

4 CONCLUSÕES

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um conjunto de ações e serviços, em vários níveis de complexidade, responsável pela execução das Políticas Públicas de Saúde

vigentes, para que todo e qualquer cidadão brasileiro seja assistido da melhor forma possível. Nesse sentido, e de forma específica ao gênero feminino, é possível afirmar que a Rede Cegonha e a Caderneta da Gestante representem ferramentas, garantidas pelo SUS, de grande importância para melhorar os aspectos que envolvam a mulher e sua saúde reprodutiva, gestacional e puerperal.

A existência de políticas como essas confirma suas essencialidades para a promoção de uma saúde humanizadora e humanizada, garantidas através de inúmeras Leis e diretrizes que buscam melhorar o atendimento e a qualidade da saúde. É, também, eficiente no que diz respeito ao sistema de Referência e Contrarreferência entre as diversas abrangências e complexidades do SUS.

A Caderneta da Gestante deve ser valorizada como um útil documento de registro do quadro clínico de mulheres grávidas e, desse modo, deve ser utilizada como ponte de comunicação entre Mulher gestante-Unidade Básica de Saúde-Serviços Especializados-Hospital.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Federal nº 8080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Setembro, 1990.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.634**, de 27 de Dezembro de 2007. **Direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Dezembro, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria do Gabinete do Ministro nº 1459**, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Junho, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Prático Para Implementação da Rede Cegonha**. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 8 set. 2018.

CUNHA, G.T; CAMPOS, G.W.d.S. Apoio Matriarcal e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

1^a

**Jornada
Acadêmica
do Curso
de Medicina**

*Medicina e
Suas Interfaces*



NETO, E.T.D.S; LEAL, M.D.C; OLIVEIRA, A.E; GAMA, S.G.N.D. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p.256-266, 2012.

RELAÇÃO DA DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D COM A INCIDÊNCIA DE OSTEOPOROSE DEVIDO A EXPOSIÇÃO SOLAR

**CADORE, Simone Reghelin; DOS SANTOS, Emilli Cristina; WENCELEWSKI,
Tayná Andressa; NAZZARI, Evelyn Fabiane; CÔRREA, Márcio Silveira.**

URI Erechim - emilli.cris97@gmail.com; twencelewski@gmail.com;
simonecadore1902@gmail.com; evelynnazzari@hotmail.com;
marciomdsc@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A osteoporose é uma doença esquelética complexa caracterizada por uma baixa densidade óssea e defeitos de microarquitetura do tecido ósseo, resultando em aumento da fragilidade e suscetibilidade a fraturas. Características demográficas da população do estudo, entre as quais origem étnica, sexo, idade, e o tipo de sítio são fatores que podem explicar essa larga variação entre os valores das estimativas (FRAZÃO et al., 2006).

Os riscos que influenciam a manifestação de osteoporose podem ser individuais (histórico familiar, homem branco, presença de escoliose, aparecimento prematuro de cabelos brancos) ou ambientais (álcool, cigarro, tempo de exposição solar/produção de vitamina D, cafeína, inatividade, má nutrição, dieta rica em fibras, menopausa precoce e endocrinopatias) (GALI et al., 2001). Levando em consideração os riscos ambientais, podemos destacar o tempo de exposição solar para a produção de vitamina D. Pesquisas recentes sugerem que o ambiente onde o indivíduo reside, influencia diretamente na incidência da doença, principalmente se a condição solar é reduzida. Podemos observar isso, em um trabalho desenvolvido na Colômbia, em que pessoas com osteoporose foram submetidas a um estudo que, através de pesquisas e coletas de dados, pode verificar que 55,3% das pessoas que sofriam de osteoporose, também tinham insuficiência de vitamina D. Dessa forma, o respectivo estudo, com título de Prevalência de Insuficiência de vitamina D em Pacientes com

Osteoporose serviu de base para a elaboração desta revisão bibliográfica (MENDOZA et al., 2016).

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica, a fim de compreender a correlação entre exposição solar e síntese de vitamina D no organismo com a osteoporose.

2 METODOLOGIA

Tendo em vista a relação da exposição solar e a síntese de vitamina D no organismo, o estudo tem por objetivo realizar uma revisão de literatura baseada em artigos científicos encontrados nas plataformas digitais de estudo SCIELO, PUBMED e Google Acadêmico. Para a pesquisa, foram utilizadas palavras-chaves, (tais como: osteoporose, vitamina D e exposição solar) para direcionar a pesquisa dentro dos últimos 10 anos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo a Organização Mundial de Saúde, quase 1/3 das mulheres brancas acima dos 65 anos são portadores de osteoporose. Isso se explica, pelo fato de que nas mulheres a perda óssea é maior nos 10 primeiros anos pós-menopausa. (BANDEIRA et al., 2007). São inúmeros os fatores de risco, dentre os quais podemos destacar - os fatores ambientais, como sendo um dos mais relevantes para o contexto das mulheres brasileiras. Pesquisas recentes, sugerem que a carência de exposição solar é um influenciador ambiental importante para o surgimento da doença. E essa relação pode ser explicada pela vitamina D, na medida em que é sintetizada por meio de radiação solar sob a pele, sendo assim, como a osteoporose, é uma doença com poucos sintomas que, geralmente, são diagnosticados após uma fratura, é importante fazer o acompanhamento da taxas laboratoriais de vitamina D no organismo, pois se estão baixas indicam pouca exposição ao sol (GALI et al., 2001). Após, a vitamina D ser metabolizada no fígado, tomando-se sua forma ativa, o Colecalciferol. Conforme Bandeira et al. (2007), o Colecalciferol tem extrema importância fisiológica, por meio

de suas ações intestinais, renais, ósseas e nas glândulas paratireóides, é um hormônio fundamental para a homeostase do cálcio, para o desenvolvimento de um esqueleto saudável, e manutenção do equilíbrio organismo.

A deficiência de vitamina D torna-se relevante no Brasil, pois como ocorreu uma grande miscigenação da população com os nativos que aqui moravam após a vinda dos imigrantes, principalmente europeus, bem como as mudanças culturais que ocorreram desde este período, a população passou a ser menos exposta ao sol (BANDEIRA et al., 2007). Epidemiologicamente, a deficiência de vitamina D é considerada uma epidemia mundial. De acordo com estudo recente, em comparação a países equatoriais e tropicais constatou-se que quanto mais próxima a linha do equador os níveis séricos de hidroxivitamina D melhoravam e se mantinham em faixas normais, retardando a osteoporose (BMJ BEST PRACTICE, 2018).

Além disso, para os pacientes que fazem o uso de suplementação de vitamina D, já foi observado que ocorre a prevenção de fratura de quadril e fraturas não vertebrais em indivíduos com 65 anos de idade ou mais. Há estudos que mostram, que cerca de 86% dos casos de osteoporose a nível mundial, há ocorrência/prevalência de deficiência de vitamina D. No entanto, se levarmos em consideração um estudo realizado na Colômbia, a prevalência de insuficiência de vitamina D em pacientes com osteoporose, era de 55,3% (MENDOZA et al., 2016), ou seja um país com uma incidência solar mais privilegiada, corroborando com a hipótese do fator do contexto ambiental para a presença da doença.

Dessa forma, podemos concluir que a deficiência de vitamina D, pode influenciar, de certa forma, o surgimento da osteoporose. Esse nutriente é essencial, para manter a saúde musculoesquelética, na medida em que sua presença influencia na homeostase do metabolismo de cálcio e por conseguinte, sua insuficiência levaria a uma menor absorção intestinal desse sal mineral, acarretando qualidade e quantidade óssea (MONTROYA et al., 2017).

4 CONCLUSÃO

Diante do que foi apresentado, podemos concluir que há uma possível relação causa-efeito da deficiência de vitamina D na incidência de osteoporose. A deficiência de vitamina D pode ser considerada uma epidemia global, já que afeta grande parte da população, principalmente, idosos com 60 anos ou mais. No entanto, como foi verificado nesta revisão, a reposição da vitamina D, poderia ser uma alternativa viável para atenuar a prevalência e a incidência da osteoporose, possibilitando uma melhora na qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, F.; DE CARVALHO, E.F. Prevalência de osteoporose e fraturas vertebrais em mulheres na pós-menopausa atendidas em serviços de referência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.1, p.86-98, 2007.

BMJ BEST PRACTICE (Org.) **Deficiência de vitamina d epidemiologia**. 2018. Disponível em: <<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/641/epidemiology>> - Acesso em 22 set. 2018.

FRAZÃO, P.; NAVEIRA, M. Prevalência de Osteoporose: uma revisão crítica. **Revista Brasileira De Epidemiologia**, v.9, n.2, p.204-14, 2006.

GALI, J.C. Osteoporose. **Acta Ortopédica Brasileira**, v.9, n.2, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA (Org.) **Relação entre ingestão de leite e osteopenia e osteoporose em mulheres acima de 50 anos**. 2003. Disponível em: <https://www.into.saude.gov.br/images/pdf/ensino/publicacoes/revista_into/2003/revistaInto_v1n1a2003.pdf>. Acesso em 20 set. 2018.

MENDOZA, E.P.N.; MARÍN, J.W.T.; CARRILLO, D.C.; GUZMÁN, G.E.; ARANGO, L.G. Prevalencia de la insuficiencia de vitamina D en pacientes con osteoporosis. **Revista Colombiana de Reumatología**, v.23, n.1, p.17-23, 2016.

MONTOYA, M. Influencia de la vitamina D sobre la microestructura y propiedades biomecánicas de pacientes con fractura de cadera. **Rev Osteoporos Metab Miner.**, v.9, n.4, p.121-129, 2017.

RELATO DE CASO DE CARCINOMA UROTELIAL DE URETER

ANTOCHEVIEZ, Giovana Nascimento; KLEBER, Tairine;

FRANCIOSI, Felipe Santos.

URI Erechim – gn_antocheviez@hotmail.com – taykleber1999@gmail.com –
feFranciosi2907@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa compreender as especificidades do carcinoma urotelial, por meio de um estudo de caso. Conforme Rodrigues Júnior e Reis (2010, p.151), “tumores uroteliais de pelve renal e de ureter são raros e correspondem a aproximadamente 5% das neoplasias uroteliais, [...], sendo 17 vezes menos frequentes do que tumores de bexiga”. Nos tumores de ureter, a porção distal é a mais envolvida, seguida das porções média e proximal. Tabagismo, analgésicos e agentes químicos industriais são fatores de risco para o desenvolvimento. (RODRIGUES JÚNIOR; REIS, 2010). O grau da lesão e seu estadiamento patológico são os principais fatores prognósticos. (GUPTA; PANER; AMIN, 2008).

Sendo assim, desenvolvemos uma análise das características, sintomas e impactos da patologia na vida do paciente. Além da incidência da doença, procuramos estabelecer um comparativo do carcinoma de ureter com outras enfermidades, em especial, no que tange ao câncer que acomete a bexiga.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa está fundamentada no relato de um caso clínico-cirúrgico de paciente pertencente ao serviço de Uro-oncologia do Hospital Santa Terezinha de Erechim. A partir da aplicação de um consentimento informado e orientações acerca do trabalho desenvolvido o paciente permitiu a divulgação de dados clínicos,

laboratoriais, exames de imagem e anatomopatológicos, bem como imagens fotográficas de peças cirúrgicas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato de caso J.S, 73 anos, masculino, iniciou com episódios de dor em flanco direito, sem irradiação e sem fatores desencadeantes associados a sintomas urinários irritativos há aproximadamente um ano. Há quatro meses evoluiu com quadro de hematúria macroscópica sendo então submetido à realização de tomografia computadorizada de abdômen e pelve que evidenciou tumoração comprometendo o terço inferior do ureter direito, associada a acentuada dilatação do sistema coletor a montante, e espessamento parietal irregular comprometendo parede posterior e póstero-lateral da bexiga com suspeitas de neoplasia. Indicou-se ressecção transuretral da lesão diagnosticando-se carcinoma urotelial papilar de alto grau com invasão de camada muscular vesical. Após completar estadiamento clínico foi submetida a nefroureterectomia direita com cistectomia radical e linfadenectomia pélvica e retroperitoneal. Apresentou evolução satisfatória, recebendo alta no 16º dia de pós-operatório.

Os principais sinais e sintomas dos tumores uroteliais do trato urinário alto incluem hematúria macroscópica em 60 a 75% dos pacientes e dor lombar em 30 a 40% (RODRIGUES JÚNIOR; REIS, 2010). Em relação aos tumores localizados na bexiga, podem ocasionar como sintomas: polaciúria, disúria e urgência miccional (MATHEUS, 2010). Tomografia computadorizada e ressonância magnética têm sido utilizadas para diagnóstico, estadiamento e seguimento de neoplasias uroteliais de pelve renal, ureter e bexiga (RODRIGUES JÚNIOR; REIS, 2010). A ressecção transuretral de bexiga (RTU) é o procedimento inicial de escolha para confirmação diagnóstica e tratamento das lesões tumorais vesicais suspeitas, além de ter a função de determinar o estadiamento histo-patológico da neoplasia (KATAJA; PAVLIDIS, 2005).

A cirurgia é o tratamento mais eficaz e que corresponde ao melhor controle da doença (STEIN et al., 2001). Segundo Sadi e Cohen (2010, p.164), “a cistectomia

radical associada à linfadenectomia pélvica bilateral é o tratamento padrão para tumores de bexiga músculo invasivo.”. Em relação aos tumores localizados na porção distal do ureter, podem ser tratados somente com a ressecção distal e reimplante vesical, independentemente da abordagem – nefroureterectomia aberta ou endoscópica – adotada (GKOU GKOUSIS; MELLON; GRIFFITHS, 2010). No caso em questão, optou-se pela nefroureterectomia por tratar-se de um rim afuncional.

4 CONCLUSÕES

Em suma, é importante ressaltar que o carcinoma urotelial é uma doença potencialmente curável mesmo em pacientes com tumores músculo-invasivos de bexiga, oferecendo sobrevida câncer-específica no quinto ano de 75 a 80% para doença restrita ao órgão (SADI; COHEN, 2010). A neoplasia pode evoluir por longo tempo com sintomas inespecíficos até o surgimento de hematúria, como nos casos relatados.

Desta forma, é necessária alta suspeição clínica para um diagnóstico precoce e realização de estadiamento para averiguar a extensão da doença no momento do diagnóstico visando à implementação de tratamento cirúrgico curativo, visto que em condições de doença avançada ou irresssecável o prognóstico é reservado.

REFERÊNCIAS

GKOU GKOUSIS, E. G.; MELLON, J. K.; GRIFFITHS, T. R. L. Management of the distal ureter during nephroureterectomy for upper urinary tract transitional cell carcinoma: A review. **Urologia Internationalis**, v.85, n.3, p.249-256, 24 mar. 2010.

GUPTA, R.; PANER, G. P.; AMIN, M. B. Neoplasm of the upper urinary tract: A review with focus on urothelial carcinoma of the pelvicalyceal system and aspects related to its diagnosis and reporting. **Advances in Anatomic Pathology**, v.15, n.3, p.127-139, maio 2008.

KATAJA, V. V.; PAVLIDIS, N. ESMO minimum clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up of invasive bladder cancer. **Annals of Oncology**, v.16, p.43-44, 1 maio 2005. Suplemento 1.

MATHEUS, W.E. Câncer de Bexiga Pta, Ptis e Ptl. In: ZERATI FILHO, M.; NARDOZZA JÚNIOR, A.; REIS, R.B. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark. 17, p.157-162, 2010.

RODRIGUES JÚNIOR, A.A.; REIS, R.B. Carcinoma de Pelve Renal e de Ureter. In: ZERATI FILHO, M.; NARDOZZA JÚNIOR, A.; REIS, R.B. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. cap.16, p.151-156.

SADI, M.V.; COHEN, D.J. Câncer Invasivo de Bexiga. In: ZERATI FILHO, M.; NARDOZZA JÚNIOR, A.; REIS, R.B. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010. cap.18, p.163-170.

STEIN, J. P.; LIESKOVSKY, G.; COTE, R.; GROSHEN, S.; FENG, A. C.; BOYD, S.; SKINNER, E.; et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. **Journal of Clinical Oncology**, v. 19, n. 3, p.666-675, 1 fev. 2001.

SAÚDE DO ADOLESCENTE

**SILVEIRA, Nicole de Albuquerque; NASCIMENTO, Vivianne Amanda do;
MAGALHÃES, Lídia Oliveira.**

URI Erechim – nicoleas200@gmail.com - viviannemandda@gmail.com -
lidia.o.magalhaes@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, situada entre a infância e a fase adulta. É marcada por transformações físicas, psíquicas e sociais. O presente estudo acerca da saúde do adolescente buscou mostrar algumas perspectivas do assunto. Entre eles a legislação vigente específica, o planejamento reprodutivo, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a gravidez na adolescência são temas abordados, corroborando para maior compreensão do tema.

2 METODOLOGIA

Para elaboração do presente trabalho foi utilizado o método indutivo, através do recurso de pesquisa bibliográfica, sendo analisado materiais que abordam temáticas da saúde do adolescente. Para localização dos artigos avaliados se utilizou os instrumentos PubMed e Google acadêmico por meio da relação entre saúde do adolescente, abordagem ao adolescente, aspectos psicológicos do adolescente e infecções sexualmente transmissíveis.

3 SAÚDE DO ADOLESCENTE

A Organização das Nações Unidas define a adolescência como a faixa etária compreendida entre 10 anos e 19 anos de idade. (ANDRADE et al., 2017) De acordo com o artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente, a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e saúde, mediante a efetivação de políticas públicas que

permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

Sendo assim, conclui-se que existe a garantia de uma atenção em saúde com privacidade, sigilo e sem discriminação, voltadas às suas necessidades específicas antes mesmo do início de sua atividade sexual e reprodutiva.

A falta de profissionais devidamente capacitados para atender ao público desta faixa etária pode ser uma das maiores limitações do serviço de planejamento reprodutivo para os adolescentes, pela dificuldade em lidar com a intensidade das emoções, reações e opiniões desse público. A atenção em saúde direcionada a estes fica deficitária e pouco explorada em sua potencialidade (ANDRADE et al., 2017).

Em uma abordagem adequada, o adolescente deve perceber a confiança e confidencialidade do profissional de saúde. Para tanto, deve haver compreensão acerca dos aspectos físicos e psicológicos que são ímpares nessa faixa etária.

O modelo clássico de *anamnese* é pouco pensado para o adolescente no atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Isso porque não aborda aspectos da vida social, de trabalho, situação psicoemocional, vulnerabilidades, riscos de violências, uso de substâncias e outros tão presentes nessa faixa etária.

Segundo o Código de Ética Médica, preâmbulo IX artigo 74, é proibido revelar sigilo profissional relacionado ao paciente menor de idade, desde que este tenha capacidade de discernimento, salvo quando possa acarretar danos ao mesmo (REVISÃO, 2010). Sendo assim, os assuntos tratados com os adolescentes, em muitos casos, podem ser compartilhados com seus responsáveis mesmo sem seu consentimento, porém com seu conhecimento, quando existem casos de risco de perda da saúde do adolescente ou de outras pessoas.

Dessa forma, a procura pelo Sistema Único de Saúde para resolver possíveis problemas sexuais (como DSTs) fica comprometida devido a vergonha da exposição pública ou o medo dos pais ficarem cientes. Além disso, é frequente após a conscientização de meninas, quanto a contracepção e o uso de anticoncepcionais, o abandono pela procura de profissionais de saúde para orientação do uso desses métodos, pelo receio de explanar sobre a sua vida sexual ativa, pois, em alguns

momentos, precisam da presença dos pais nas consultas. E tal fato aumenta o risco de gravidez indesejada (MACHADO, 2011).

Outrossim, a gravidez na vida de um adolescente é uma modificação drástica, tanto física quanto emocional, alheia à vontade do indivíduo, sendo que é necessário a abdicação de determinadas liberdades.

Ademais, bebês de mães adolescentes têm maior risco de apresentar complicações, como baixo peso ao nascer e prematuridade. Essas complicações se devem, em parte, a fatores biológicos como a imaturidade fisiológica, o desenvolvimento incompleto da pelve feminina e o tamanho do útero das adolescentes (GOOSSENS et al., 2015).

Outro fator, não menos importante, é a imaturidade emocional que pode trazer complicações, como dificuldade em estabelecer relações afetivas com o seu filho, baixa autoestima e despreparo do cuidado da criança. Problema como a depressão pós-parto também pode estar presente, podendo ou não estar relacionada com os constantes casos de abandono de bebês, tentativas de assassinato após o nascimento e aborto durante a gravidez.

A precocidade da vida sexual entre adolescentes é cada vez maior, sendo que é nesse período que se verifica maior incidência de DSTs, vindo a atingir 25% do grupo com menos de 25 anos (FORTENBERRY, 2013). Apesar da sexualidade ser um assunto que atualmente é melhor abordado por pais e educadores, ainda existe tabu em algumas famílias, permitindo que os desinformados sejam os mais expostos ou com o maior risco de vulnerabilidade.

Outras principais fontes de informação sobre sexualidade são as escolas e a mídia. A sexualidade nos ambientes de ensino ainda é pouco abordada, questionando-se então a sua importância na preparação dos jovens para a sua sexualidade. Sendo assim, a educação e saúde precisam estar em maior harmonia para haver prevenção efetiva de gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2013).

Atualmente a mídia, principalmente a internet, é uma das maiores fontes de informação quanto a sexualidade, podendo ser vista de forma positiva ou negativa devido ao amplo acesso, com ausência de direcionamento.

As adolescentes são as mais afetadas quando se fala em infecções. Mas afinal, o que colabora com a alta incidência e a prevalência de DSTs e de infecção pelo HIV em mulheres jovens? A resposta está nos fatores psíquicos, biológicos e socioeconômicos (MACHADO, 2011).

Destaca-se também como variáveis que parecem estar direta ou indiretamente envolvidas com a ocorrência de DSTs a renda familiar, o grau de escolaridade, a situação conjugal, o uso de drogas, o número de pessoas com quem mora, a relação com os pais e a história de violência familiar (MACHADO, 2011).

Entre outros fatores de risco significativos de contaminação estão a idade, o número de parceiros sexuais, o uso ou não de preservativo, a inclusão em grupos de risco e os antecedentes em DSTs. E os principais modos de transmissão são: sexual, sanguínea, vertical e outros.

4 CONCLUSÕES

A atenção à saúde do adolescente deve ser algo muito bem trabalhado nas Unidades de Atenção Básica à Saúde (UBS) e nas escolas, tendo como princípio fundamental a educação em saúde. Para que as consultas obtenham resultados positivos, deve-se estabelecer um diálogo efetivo, onde o jovem possa ser ouvido e ter suas dúvidas sanadas, estabelecendo, para isso, uma relação de confiança.

O paciente deve sair da consulta sem dúvidas e bem informado. O contrário, poderá contribuir para a gravidez precoce ou a contaminação por DSTs. Os adolescentes parecem não estar seguindo as orientações, apesar do acesso a informações e a métodos anticoncepcionais de barreira, distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde.

Um planejamento reprodutivo bem realizado e direcionado para esta faixa etária pode significar uma diminuição da incidência de gravidez indesejada e de suas graves consequências, como o abortamento, a mortalidade materno-infantil, a reincidência de gravidez não planejada, a perpetuação de condições socioeconômicas precárias e o aumento incidental de mães solteiras sem paternidade responsável.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R.D.; VIEIRA, M.E.B.; HAMU, T.C.D.S.; PÓVOA, T.I.R.; FORMIGA, C.K.M.P. Influência de parâmetros antropométricos na capacidade funcional de adolescentes. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.19-28, abr/jun 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 30 set. 2018.

FORTENBERRY, J. D. Puberty and Adolescent Sexuality. **Horm Behav**. 2013 v.64, n.2, p.280-287, jul., 2013.

GOOSSENS, G.; KADJI, C.; DELVENNE, V. Teenage Pregnancy: A psychopathological risk for mothers and babies? **Psychiatria Danubina**, v.27, n.1, p.499–503, 2015.

MACHADO, M.S.C. **Doença Sexualmente Transmissível em adolescentes atendidas em um Serviço de Ginecologia de Salvador/Bahia**. 2011. 125 f. Tese (Doutorado em Medicina e Saúde Humana) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2011. Disponível em: <<http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/30/1/M%C3%A1rcia%20Sacramento%20Cunha%20Machado.pdf>> Acesso em: 29 set. 2018.

REVISÃO do Código de Ética Médica. **Código de ética médica** (2010). Disponível em: <<http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual#cap9>>. Acesso em: 29 ago. 2018

TETRACROMATISMO: UM MUNDO SOB OUTROS OLHOS

SILVA, Isadora Cristina da; BITTARELLO, Milena;

SCHNEIDER, Amanda Peracchi; MOYSÉS, Felipe dos Santos.

URI Erechim – isadora_cristina_s@hotmail.com – milenabittarello@hotmail.com –
amanda_peracchi@hotmail.com – felipemoyses@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A visão é o processo pelo qual a luz refletida no meio externo é transformada em uma imagem processada pelo encéfalo. O olho é o receptor sensorial responsável por captar os raios de luz, os quais são refletidos na retina. Na retina, são encontrados cones e bastonetes, que são responsáveis pela captação da luz. Os bastonetes são as células que estão em maior número e têm sua atividade aumentada em situação de penumbra. Já os cones, em menor número na retina, são os responsáveis pela visão de alta acuidade e pela visão colorida durante o dia, período de maior luminosidade. Por muito tempo acreditou-se que todas as pessoas enxergavam as cores da mesma forma devido à característica humana de tricromacia – presença de três diferentes tipos de cones (sensíveis as ondas luminosas azul, verde e vermelho). Entretanto, foi levantada a hipótese de que algumas mulheres poderiam ser tetracromatas, em função de o cromossomo X possuir o gene para sintetizar dois tipos de cones. Considerando o fato de que mulheres possuem dois cromossomos X elas poderiam, em tese, sintetizar quatro tipos de cones, cada um sensível a um espectro de cores diferente (JORDAN et al., 2010). Tal característica foi confirmada empiricamente após anos de administração de testes de cores em voluntários (JAMESON et al., 2016). Dessa forma, neste estudo de revisão pretendemos analisar as bases clínicas e comportamentais de pessoas portadoras de tetracromacia, bem como e explorar um assunto pouco conhecido, expondo-o para a comunidade.

2 METODOLOGIA

Revisamos neste trabalho artigos que investigaram empiricamente a percepção de cores em indivíduos genotipados com potencial para mais de três classes de fotopigmentos de retina, elucidando a possibilidade da ocorrência de tetracromatismo em humanos. Os critérios de seleção basearam-se no tema proposto, na sua relação com a proposta deste trabalho e na data de publicação.

As pesquisas foram realizadas nas bases de dados eletrônicas SciELO, PubMed e Google Acadêmico nos últimos dez anos. Utilizou-se como palavras-chave “tetracromacia”, “visão de cores” e “visão humana”. Além das bases eletrônicas, fundamentou-se o assunto em livros de fisiologia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta revisão avaliou artigos que abordavam o tema proposto no período entre os anos de 2008 e 2018, totalizando 73 trabalhos. Grande parte dos artigos não se enquadrou na proposta deste estudo, uma vez que, avaliaram o tetracromatismo em outras espécies de animais. Além disso, trabalhos que tratam a tetracromacia em humanos são escassos, e isso está associado ao fato de que a percepção das cores é subjetiva, o que ocasiona certa dificuldade de se avaliar o tetracromatismo na prática (JORDAN et al., 2010). Recentemente um estudo inovador utilizou uma abordagem empírica alternativa para avaliar a experiência de cores em quatro mulheres (JAMESON et al., 2016). Isso porque, o método desenvolvido para analisar os espectros de cores alcançados dependeu da percepção luminosa. No estudo em questão foram selecionados dois indivíduos do sexo feminino considerados observadores padrão de tricromacia normal (grupo controle), e dois portadores de potencial tetracromático (JAMESON et al., 2016). Nessas mulheres, foram examinados dois fatores contribuintes específicos para a irrealidade da cor:

(1) A base biológica para a percepção humana normal de cor que pode variar entre os indivíduos, e (2) a ideia de que a percepção de cores pode ser treinada pela experiência de desenvolvimento inicial e talvez aumentada pela exposição cognitiva prolongada da cor (JAMESON et al., 2016)

Comparando o desempenho de percepção de cor desses observadores e seus usos artísticos de cor, foi ilustrada quão ampla é a definição da visão de cor humana “normal”, e como alguns observadores tipicamente classificados como “normais” podem realmente experimentar um mundo diversificado de cores.

Os resultados encontrados no estudo de Jameson e colaboradores (2016) para os testes, revelam que, comparando o grupo controle, com o que apresentava potencial biológico para tetracromacia (quatro tipos diferentes de cones), a mulher que foi submetida a uma experiência precoce e prolongada de exposição cognitiva da cor, teve destaque significativo, principalmente, em experimentos de contexto cromático. Inequivocamente, os resultados apoiam que as diferenças da participante que se sobressaiu são, necessariamente, devidas ao fato de ser uma (a) artista e (b) uma potencial tetracromata.

No estudo referenciado por Jameson et al. (2016), Concetta Antico é a artista que possui tetracromatismo e que auxiliou na descoberta e nos estudos referentes a essa condição. Por conta de uma mutação gênica, Concetta consegue enxergar um espectro de, aproximadamente, 100 milhões de cores, enquanto que pessoas com visão tricromática conseguem enxergar cerca de 1 milhão. Seus quadros (Figura 1 e Figura 2) expressam a sua visão de mundo e denotam o caráter peculiar da sua percepção de cores.

Figura 1 – Pintura a óleo original "The Eye Of Heaven".



Figura 2 – Representação “Plein Are”, arte por uma artista de potencial tetracromata. Óleo Original "Canyon Cameo". Uma foto de pintura e assunto



4 CONCLUSÕES

O assunto tratado nesta revisão desconstrói a ideia de “ver para crer”, uma vez que a impressão visual não deve ser considerada uma verdade absoluta, pois é resultado da integração de múltiplos fatores - genéticos e de experiência sensitiva. Consideramos o estudo do tetracromatismo uma descoberta científica inovadora, assim como um marco significativo em questão de sensibilidade humana. Para nós, ter a percepção de que algumas pessoas poderiam enxergar o mundo com cores diferentes e estudar os parâmetros dessa condição é uma atitude de conotação

sensitiva. Com estudos como os revisados neste trabalho, é possível compreender melhor as particularidades do ser humano, bem como questionar a existência de padrões sensoriais. No que se refere a característica em questão, fica evidente a linha tême que diferencia tetracromatas de tricromatas, sendo imprescindível a sensibilização precoce da visão cromática para maior acuidade sensitiva.

REFERÊNCIAS

JAMESON K.A.; WINKLER A.D.; GOLDFARB K. (2016). Art, interpersonal comparisons of color experience, and potential tetrachromacy. Invited Proceedings paper for the 2016 IS&T International SYMPOSIUM ON ELECTRONIC IMAGING. **Technical Session on Human Vision and Electronic Imaging**, 2016.

JORDAN G., DEEB S.S., BOSTEN J. M.; MOLLON J. D. (2010). The dimensionality of color vision in carriers of anomalous trichromacy. **Journal of Vision**, v.10 n.2, july, 2010.



Av. Sete de Setembro, 1621 - CEP 99709-910 - Erechim-RS
Fone: (54) 3520 9000 Site: www.uricer.edu.br