



3ª JORNADA ACADÊMICA **MEDICINA**

Entrelaçando Medicina e Arte



ANAIS

3ª JORNADA ACADÊMICA
MEDICINA

Entrelaçando Medicina e Arte



J82e Jornada Acadêmica do Curso de Medicina (3 : 2020 : Erechim, RS)
Entrelaçando medicina e arte [recurso eletrônico] / III Jornada Acadêmica do Curso de Medicina; I Interligas MED URI; I Mostra Fotográfica Virtual Arte & Medicinal; I Salão Científico online. – Erechim, RS, 2020.
1 recurso online.

ISBN 978-65-88528-02-0

Com anais / I Mostra Fotográfica Virtual Arte & Medicinal – Anais / I Salão Científico online – Anais I Interligas MED URI.

“Organização: Miriam Salete Wilk Wisniewski; Elisabete Maria Zanin; Sergio Bigolin.”

1. História - medicina 2. Trabalhos científicos 3. Cuidado ao paciente I. Título

C.D.U.: 61(063)

APRESENTAÇÃO DA ARTE GRÁFICA DO EVENTO

Sobre um fundo azul que representa a **Dispersão de Rayleigh**, observamos uma dupla hélice de DNA, a mais icônica de todas as moléculas biológicas e que tem sido fonte de inspiração para obras arquitetônicas como a “Eco Torre de Tao Zhu Yin Yuan”. Observamos também, a figura de uma mão de onde parte um balão de pensamento com a tela de Rembrandt “A lição de anatomia do Dr. Tulp” (1632).

A ideia representada é a inicialmente descrita pelo anatomista, cirurgião e fisiologista escocês Charles Bell (1774 - 1842) da “mão inteligente”. Esta afirmativa ganhou aceitação plena com a descoberta de que a mão se comunica com o cérebro por múltiplos circuitos neurais, entrelaçando-se com os da inteligência. O mapeado de um acesso privilegiado da mão ao pensamento, permitiu que alguns pesquisadores afirmassem que, “possuindo um instrumento tão sofisticado e sensível, a mão do homem fez o cérebro evoluir”. Este pensamento já havia sido mencionado por Anaxágoras (500 - 428 a.C.) quando escreveu “por ter mãos o homem é o animal mais inteligente”.

A mão que cumprimenta, abençoa e acolhe.

A mão que escreve, lê e fala.

A mão que desenha, pinta e esculpe.

A mão que toca, marca o ritmo e faz música.

A mão que disseca, monitora e sutura.

A mão que afaga, cuida e traz à vida.

A mão que entrelaça - medicina e arte.

As mãos aplaudem!

Elisabete Maria Zanin

APRESENTAÇÃO

Durante o planejamento da 3ª Jornada Acadêmica da Medicina da URI visualizamos a necessidade de combinar as Ciências da Saúde com as Ciências Humanas e Sociais, o que responde pelo nome de Humanidades Médicas. E, sendo assim, nasceu o tema “**Entrelaçando Medicina e Arte**”.

Introduzir neste evento, discussões sobre a História da Medicina e, conseqüentemente a Arte, busca enriquecer a formação e a atuação dos profissionais da saúde. Conforme afirma Gusmão (2004) “A História da Medicina nos ensina de onde viemos, a situação médica presente e em qual direção caminhamos. Se pretendermos realizar nosso trabalho com um plano definido, necessitamos da História como guia.” A Arte por sua vez, constitui-se ferramenta que nos permite cultivar a humanidade e a empatia, podendo trazer benefício na medicina, quer seja no tratamento de determinadas patologias, como na própria comunicação com o paciente e na transmissão de segurança e carinho. Medicina e Arte não são entidades independentes, mas antes complementares. (TOMAZ, 2019).

Nesta publicação, além de trabalhos científicos desenvolvidos por acadêmicos de Medicina e seus orientadores, apresentamos a Conferência Magistral “A dissecação do quadro - A Lição de Anatomia do Dr. Tulp - de Rembrandt”, proferida durante o evento.

Esperamos que este documento seja um marco na atualização do conhecimento e na troca de experiências, visando à valorização do cuidado, da arte e, portanto, da vida.

Elisabete Maria Zanin

SUMÁRIO

A IMPORTÂNCIA DA IMUNIZAÇÃO E O RESSURGIMENTO DE DOENÇAS ERRADICADAS NO BRASIL	8
A IMPORTÂNCIA DA VITAMINA D3 PARA A IMUNIDADE, SEU PAPEL FISIOLÓGICO EM DOENÇAS AUTOIMUNES E DISTÚRBIOS ASSOCIADOS.....	12
A IMPORTÂNCIA DO MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UMA REVISÃO NARRATIVA.....	16
ABORDAGEM DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE) NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	20
ADENOMA GIGANTE DE PARATIREOIDE: RELATO DE CASO	24
AFETO E HUMOR: DEFINIÇÕES E FUNCIONAMENTO	27
ARTRITE REUMATÓIDE E OSTEOARTRITE: RACIOCÍNIO CLÍNICO.....	32
AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	35
AS REPERCUSSÕES CARDIOVASCULARES DECORRENTES DO USO DE ESTEROIDES ANDROGÊNICOS ANABOLIZANTES.....	39
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E AO PARTO DE MULHERES NEGRAS NO SUS: UMA REVISÃO NARRATIVA	43
ATENDIMENTO MECANIZADO: O HUMANIZADO NA PRÁTICA.....	48
BASES NEURONAIS E RELAÇÕES DA PERCEPÇÃO E ATENÇÃO	52
CÂNCER DE MAMA TRIPLO NEGATIVO: RELATO DE CASO.....	56
CARACTERÍSTICAS E PERFIL GESTOR DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA 11ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE/RS	60
CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: EXPLORAÇÃO FISIOPATOLÓGICA	64
CONTRIBUIÇÕES DA NEUROCIÊNCIA PARA O PROJETO DE ARQUITETURA: UM OLHAR PARA AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	69
COVID-19 E MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS	73
DEPRESSÃO EM ATLETAS DE ALTO RENDIMENTO E FATORES ASSOCIADOS	76

DERMATITE ATÓPICA NA INFÂNCIA	80
DOENÇA DE TAKOTSUBO	84
ESCLEROSE MÚLTIPLA	87
FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS EM IDOSOS	91
GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO	94
IMUNOTERAPIA EM PACIENTE DIAGNOSTICADO COM MELANOMA: RELATO DE CASO	97
INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NA PREVENÇÃO DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA.....	101
INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA AO DIAGNÓSTICO DE MELANOMA	104
MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: O PRIMEIRO ANO DE VIDA.....	109
MÚLTIPLAS LESÕES POR ARMA BRANCA: UM RELATO DE CASO	113
O EIXO INTESTINO-CÉREBRO, ALFA-SINUCLEÍNA E A RELAÇÃO COM A DOENÇA DE PARKINSON	116
O USO DA OXICODONA E SEU POTENCIAL ADITIVO	120
O USO DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS POR ACADÊMICOS DE MEDICINA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	124
OLHARES PARA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+	128
ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE BORDERLINE E INFLUÊNCIAS NA VIDA SOCIAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	131
PSICOSSOMÁTICO: QUANDO OS SINTOMAS EXPRESSAM	135
RECONSTRUÇÃO DO NARIZ COM COMBINAÇÃO DE RETALHOS PARAMEDIANO FRONTAL ASSOCIADO COM RETALHO NASOGENIANO APÓS RESSECÇÃO DE CARCINOMA CUTÂNEO.....	138
RELATO DE CASO: CÂNCER DE MAMA EM HOMEM.....	141
SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDA EM ANTEBRAÇO: COMPLICAÇÃO DE UMA QUEIMADURA DE 3º GRAU	145
SÍNDROME DO IMPACTO DO OMBRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	148

TELEMEDICINA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E LEGISLATIVA	151
TETRALOGIA DE FALLOT, COGNOMINADA DE SÍNDROME DO BEBÊ AZUL: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA	155
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E AS DIFERENÇAS ENTRE CÉREBRO TÍPICO E ATÍPICO	158
TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES EM GLÂNDULA MAMÁRIA SIMULANDO NEOPLASIA MALIGNA: RELATO DE CASO	162
UMA PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO DA ARQUITETURA.....	167

A IMPORTÂNCIA DA IMUNIZAÇÃO E O RESSURGIMENTO DE DOENÇAS ERRADICADAS NO BRASIL

RAIMUNDO, Julia dos Reis; BRESSIANI, Paolla Favaro; GRANDO, João Gabriel; PECINI, Giliane, PINHEIRO, Francini Toledo; CHINAZZO, Luciana Korf.
URI Erechim – juliaraimundo3@gmail.com - paollabre@gmail.com - jggran@hotmail.com -
gilianepecini@gmail.com - francini34@gmail.com - lucianachinazzo@uricer.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se à vacinação – composto biológico introduzido no organismo para produzir anticorpos contra as doenças mais graves – como a segunda maior conquista da saúde pública, ficando atrás somente do consumo de água potável. Isso reforça a importância da imunização para prevenir doenças infectocontagiosas, promover a saúde e evitar surtos epidêmicos, especialmente referente a lactentes e crianças na primeira infância.

Contudo, o sucesso das ações de imunização que proveram a erradicação do sarampo e da poliomielite, e o controle da rubéola, caxumba e coqueluche no Brasil, vem enfraquecendo nos últimos anos e resultando no ressurgimento de doenças comuns na infância. Assim, este estudo tem por objetivo realizar uma breve revisão da literatura a respeito da criação e implantação do processo de vacinação no país, bem como os motivos que levaram o reaparecimento de doenças imunopreveníveis e suas consequências para a população.

2 METODOLOGIA

Esse resumo expandido trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, sobre aspectos relacionados à imunização e ao retorno de doenças erradicadas, o qual foi realizado por meio de buscas nas bases de dados do Google Scholar, Scielo e Pubmed. Além disso, dados epidemiológicos e informativos foram obtidos no site do Ministério da Saúde, Fiocruz e revistas de saúde. Para pesquisa, foram utilizadas palavras-chaves, tais como: imunização, Programa Nacional de Imunização (PNI), doenças erradicadas e vacinação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na década de 70, o movimento sanitário brasileiro buscou desenvolver políticas públicas e cuidados da população com a saúde. Em 1973, o Brasil conseguiu erradicar a varíola graças às Campanhas de Vacinação idealizadas pelo médico e sanitarista Oswaldo Cruz, marco que impulsionou a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI), o qual organizou e implementou o Calendário Vacinal, de modo hierarquizado, descentralizado e integrado de serviços de saúde, garantindo acesso a vacinação para toda população (LIMA; PINTO, 2017). Em 40 anos, o PNI foi responsável por inúmeras contribuições para o Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando suprimento de imunobiológicos, campanhas periódicas

de vacinação, eliminação de doenças, vigilância epidemiológica e ações de promoção à saúde.

As vacinas erradicaram e controlaram doenças transmissíveis, principalmente pela extinção do vetor ou agente etiológico. Mas, segundo MACHADO et al., 2020, a hesitação e recusa vacinal advém de resquícios desde a Revolta da Vacina, em 1904, e hoje, ideias apoiadas a diversas ideologias – religiosas, filosóficas, ou culturais, e a desconfiança na indústria, reduzem a adesão às Campanhas de Vacinação. O sarampo, a saber, doença infecciosa aguda de notificação compulsória, adentrou no Brasil em 1960 causando alta morbimortalidade, especialmente em crianças até um ano de idade. Em 1992, com o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, reduziu-se cerca de 80% o número de dos casos, sendo eliminado em 2016. Porém, essa patologia ficou distante do foco das pessoas e pais deixaram de levar seus filhos para receber as duas doses da vacina, de modo que hoje se percebe a reintrodução do sarampo no nosso meio (DOMINGUES et al., 1997), visto que, regiões geoeconômicas como Santa Catarina, Rio de Janeiro e São Paulo apontaram surtos importantes (MACHADO, et al., 2020). A caxumba e a rubéola, do mesmo modo, correm risco de reaparecimento no país devido ao não cumprimento das metas de cobertura de vacinação da Tríplice Viral (sarampo-caxumba-rubéola) estabelecida em 95%, atingindo apenas 90,77% no último ano.

A poliomielite, por sua vez, iniciou as campanhas de imunização nos anos 80 e foi a que obteve os melhores resultados, pois, desde o início do combate, ocorreu uma queda rápida e intensa, registrando o último caso em 1989 (WALDMAN et al., 1999). Entretanto, esse sucesso das campanhas vem diminuindo, visto que no Brasil menos crianças foram vacinadas em 2017 do que em 2000 – apenas 77% das crianças alvo receberam as três doses (ARROYO et al., 2019). Dessa forma, percebe-se o porquê a doença, erradicada desde a década de 90, volta a ameaçar o país.

Já a coqueluche começou a ser controlada em 1983 com a inclusão da Vacina da Tríplice Bacteriana (DTP). Porém, em 2010, o estado do Paraná registrou um aumento do número de casos, e no país, há nove anos, houve a maior incidência desde 1995 (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013). Entretanto, essa elevação associa-se a presença de múltiplos clones do patógeno em circulação, diferente das outras que estão relacionadas com a diminuição das tomadas vacinais (TORRES et al., 2014).

A baixa cobertura vacinal é a principal causa do ressurgimento dessas doenças, motivadas pela percepção de risco diminuída ligada a não adesão das campanhas de imunização, justificada pela falta de confiança na eficácia das vacinas, desconhecimento de fatores genéticos e idiossincráticos envolvidos em reações adversas à elas ignorados e por limitações de acesso ao SUS. Ademais, o crescimento dos Movimentos Antivacinação favorece a difusão de informações não científicas, questiona a eficácia e segurança das vacinas e relaciona o ato de vacinar com o surgimento do Transtorno do Espectro Autista (TEA), hipótese refutada pelos órgãos reguladores Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e FDA (*Food and Drug Administration*), do Brasil e dos Estados Unidos, respectivamente (APS et al., 2018), mas que gerou repercussão no sentido da recusa vacinal.

É indiscutível, portanto, que a ideia de não vacinar as crianças é, por si só, um grande risco. O calendário vacinal brasileiro está entre os mais completos do mundo, porém, caso não for corretamente seguido, acarreta consequências negativas à saúde individual e coletiva, podendo facilitar surtos de doenças de alta morbimortalidade, tais como o de Sarampo em 2015 no Brasil, por conta da imigração de indivíduos não vacinados (APS et al., 2018).

4 CONCLUSÕES

O Brasil possui um amplo calendário vacinal com vacinas ofertadas pelo SUS e a não vacinação das crianças é um problema de saúde pública, cuja ameaça advinda de doenças já erradicadas tem solução. O acesso a informações incrédulas disseminadas pela mídia é realidade para a maioria dos brasileiros, desconsiderando a Medicina Baseada em Evidências.

Em contrapartida, e, dado que o profissional da Atenção Primária é vigilante em saúde, o contato direto com a população, por meio de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Vacinas das Unidades Básicas de Saúde, propicia a prática da notoriedade sobre a imunização para com as famílias da comunidade, desde o pré-natal, através de visitas domiciliares. A finalidade é a compreensão da importância de não hesitar ou recusar a vacinação das crianças, oportunizando um maior alcance da cobertura vacinal e a promoção da saúde da população.

REFERÊNCIAS

LIMA, A. A.; PINTO, E. S. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Scire Salutis**. V.7, n.1, p.53-62, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.6008/SPC2236-9600.2017.001.0005>>. Acesso em: Out, 2020.

DOMINGUES, C.S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.22, n.1, p. 9-27, mar. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a02.pdf>>. Acesso em: out, 2020.

MACHADO, Luis Felipe Barbosa et al. Recusa vacinal e o impacto no ressurgimento de doenças erradicadas. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v.32, n.1, p.12-16. 2020. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200907_164040.pdf>. Acesso em: out, 2020.

APS, Luana Raposo de Melo Moraes et al. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Revista Saúde Pública**. 2018; 52:40. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102018000100504&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: out, 2020.

ARROYO, Luiz Henrique et al. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020; 36(4):e00015619. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n4/e00015619/pt>>. Acesso em: Out, 2020.

DOMINGUES, Carla Magda Allan S. et al. A evolução do sarampo no Brasil e a situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**. IESUS, VI(1), Jan/Mar, 1997. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v6n1/v6n1a02.pdf>>. Acesso em: Out, 2020.

TORRES, Rosângela S.L.A. et al. Resurgence of pertussis at the age of vaccination: clinical, epidemiological, and molecular aspects. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro). 2015;91(4):333-338. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/jped/v91n4/0021-7557-jped-91-04-00333.pdf>>. Acesso em: Out, 2020.

A IMPORTÂNCIA DA VITAMINA D3 PARA A IMUNIDADE, SEU PAPEL FISIOLÓGICO EM DOENÇAS AUTOIMUNES E DISTÚRBIOS ASSOCIADOS

**PANDOLFI, Gabriele Longo; BAMPI, Larissa; SILVA, Gabriela da;
SARTORI, Juliano**

URI Erechim – gabipandolfi1@hotmail.com – lalabampi@hotmail.com -
gabizdasilva7@gmail.com - jsartori@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A vitamina D3 é um hormônio esteroide que tem como principais funções a regulação da homeostase do cálcio e a formação e reabsorção óssea através da sua interação com as paratireoides, rins e intestinos (ARNSON, 2007). É uma vitamina lipossolúvel que pode ser produzida na pele ou obtida através da dieta (LEDO, 2016), a qual supre apenas 20% da necessidade fisiológica da vitamina no organismo (MARQUES *et al.*, 2010). Estima-se que, aproximadamente 1 bilhão de pessoas em todo o mundo possuem deficiência nos níveis da vitamina (LIM; TADHANI, 2020), ou seja, subdosagem - dose de medicamento que se encontra abaixo daquela adequada para o tratamento, não produzindo o efeito desejado (PORTAL EDUCAÇÃO, 2015).

Apesar de ter como principal função a homeostase de sais minerais e sua reabsorção óssea, tem uma significativa função tanto na imunidade inata e adquirida, bem como possui extrema relevância em doenças autoimunes, como artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose múltipla e diabetes melito tipo 1 (MARQUES *et al.*, 2010). Objetiva-se, com o presente estudo, evidenciar a relação da vitamina D3 com a imunidade inata e adquirida, sua relação com diversas doenças autoimunes, bem como sua inter-relação com distúrbios cardíacos, câncer e com a subdosagem relacionada à depressão.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura referente à vitamina D3 e as patologias associadas a subdose. Os artigos analisados foram encontrados nas plataformas de busca do PubMed, Scielo e Google Acadêmico publicados entre os anos de 2005 e 2020. A partir das análises feitas acerca do assunto, objetivou-se organizar um resumo expandido que apresentasse uma discussão clara e objetiva a respeito das correlações fisiopatológicas da subdosagem da vitamina D3, patologias associadas, suas especificidades além de discorrer sobre a utilização da vitamina com intuito de atenuar sintomas de doenças autoimunes, bem como sua utilização na prevenção de diversas doenças.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vitamina D3 tem como principal fonte para os seres humanos a exposição aos raios solares UVB, sendo que, inicialmente, é produzida pela pele na forma de 7-deidrocolesterol, transformando-se em coledalciferol após exposição aos raios solares UVB (PRIETL *et al.*, 2013). Após este processo, é submetida a outra hidroxilação, onde é transformada, no fígado, em 25-hidroxi-coledalciferol (calcidiol) e, por fim, é transformada em 1,25-dihidroxi-coledalciferol (calcitriol) no rim, a qual é a representação de sua forma ativa (WAYHS, 2011). A vitamina D ativa possui papel fundamental na regulação osteomineral, como metabolismo do cálcio e do fósforo, além de possuir importância na homeostase de processos celulares, como autoimunidade, síntese de interleucinas inflamatórias e controle da pressão arterial (JORGE *et al.*, 2018). A produção da vitamina D também é influenciada pela latitude, pigmentação da pele, exposição solar e estilo de vida, como uso de protetor solar e roupas (PRIETL *et al.*, 2013).

Sobre o sistema imunológico, o efeito da vitamina D potencializa o aumento da imunidade inata, auxiliando na regulação da imunidade adquirida (MARQUES *et al.*, 2010), auxiliando na regulação da diferenciação e ativação de linfócitos CD4, aumento do número e papel das células T reguladoras, inibição *in vitro* da diferenciação de monócitos em células dendríticas, entre outras (BRITO *et al.*, 2017). Além disso, a deficiência da vitamina D3 demonstra relação com a prevalência de algumas doenças autoimunes, como artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose múltipla e diabetes melito tipo 1 (MARQUES *et al.*, 2010), sendo que a falta de vitamina D3 exerce papel direto no desenvolvimento e agravamento delas.

Um estudo sugeriu que há uma relação inversamente proporcional entre os níveis de vitamina D3 e o número de articulações dolorosas (DAS28) em pacientes com artrite inflamatória, ou seja, quanto maior os níveis de vitamina D no organismo, menor era o DAS28 (PATEL *et al.*, 2007). Em outros casos, como no Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), os pacientes apresentam muitos fatores de risco quando em deficiência de vitamina D, o que faz com que haja alta atividade da doença nesses indivíduos (CUTOLO; OTSA, 2008). Outros estudos mostram que, na Esclerose Múltipla (EM), a vitamina D possui papel não somente no menor número de recidivas quanto também na prevenção do surgimento da doença (PATEL *et al.*, 2007).

No estudo conhecido como VITAL, que é o primeiro estudo com doses moderadas ou altas de vitamina D para prevenção do câncer, mostrou-se que a administração de altas doses dessa vitamina reduzem significativamente a mortalidade em indivíduos com a patologia, porém não diminuem a incidência da doença. Além disso, dentre os diversos grupos analisados, pessoas com o Índice de Massa Corporal (IMC) normal e afro americanos apresentaram melhores resultados na pesquisa, tendo um menor risco de desenvolver câncer quando submetidos ao tratamento com a vitamina D (MANSON *et al.*, 2020).

Por fim, o diabetes tipo 1 é proveniente da destruição autoimune das células beta pancreáticas, ocasionando deficiência completa da produção de insulina; nesse caso, a vitamina D pode atuar na função das células beta, através de ligação direta aos receptores VDR e pela expressão local de 1-alfa-hidroxilase, aumentando a estimulação de insulina (JORGE *et al.*, 2018). Somado a isso, estudos sugerem possíveis mecanismos de ação ou influência dessa vitamina no sistema cardiovascular, relacionados com a ocorrência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), onde inibem a expressão gênica da renina (JORGE *et al.*, 2018) e infarto agudo do miocárdio (PINHEIRO, 2015). Ainda, a depressão também se relaciona

com a subdose de vitamina D no organismo, sendo que a maior severidade dos sintomas está relacionada a baixos níveis de 25(OH)D e altos níveis de paratormônio (EYLES, 2012).

Recentemente, estudos como o de Autier *et al* (2014) demonstraram uma associação inversa entre os níveis de vitamina D e inúmeras doenças, porém, por outro lado, em outros ensaios, a suplementação de vitamina D não teve efeito sobre os distúrbios estudados. Essa discrepância entre os estudos observacionais e intervencionistas sugere que a deficiência de vitamina D pode ser o resultado e não a causa das doenças (SHOENFELD, 2015).

4 CONCLUSÕES

A partir da análise dos artigos, foi possível complementar conhecimentos acerca do metabolismo da vitamina D e a importância da vitamina D3 para a imunidade, além do seu papel fisiológico e possível utilização da mesma no tratamento de diversas doenças autoimunes e outras patologias que englobam o sistema cardiovascular e hormonal. Constatou-se, também, que os altos níveis de vitamina D3 no organismo promovem o aumento da imunidade inata e auxiliam na regulação da imunidade adquirida, contribuindo na defesa do organismo, além de influenciarem na prevenção, atenuação e remissão de diversos sintomas associados a doenças autoimunes e no câncer.

REFERÊNCIAS

ARNSON, Y.; AMITAL, H.; SHOENFELD, Y. Vitamin D and autoimmunity: new aetiological and therapeutic considerations. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 66, n. 9, p. 1137-1142, 2007.

BRITO, B. B. O. *et al*. Vitamina D: relação com a imunidade e prevalência de doenças. **Journal of Medicine and Health Promotion**, v. 2, n. 2, p. 598-608, 2017.

Conhecendo os Termos Usados em Farmacologia. **Portal Educação**, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/farmacia/conhecendo-os-termos-usados-em-farmacologia/61670>>. Acesso em 23 out. 2020.

CUTOLO, M., OTSA, K. Review: vitamin D, immunity and lupus. **Lupus**, n. 17, p. 6-10, 2008.

EYLES, D.W.; BURNE, T.H.; MCGRATH, J.J. Vitamin D, effects on brain development, adult brain function and the links between low levels of vitamin D and neuropsychiatric disease. **Front Neuroendocrinol.**, v. 34, n. 1, p.47-6, 2012.

JORGE, A. J. L. *et al*. Vitamin D Deficiency and Cardiovascular Diseases. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 4, p. 422-432, 2018.

LEDO, L. A. M. Vitamina D na gastroenterologia: profilática, terapêutica ou secundária? Tese (Mestrado Integrado em Medicina) - **Universidade do Porto**. Porto, 2016.

LIM, K.; THADHANI, Ravi. Toxicidade da Vitamina D. **Braz. J. Nephrol.**, n. 2, v. 42, p. 238-244, 2020.

MANSON, J. E. *et al.* Principal results of the VITamin D and OmegA-3 TriaL (VITAL) and updated meta-analyses of relevant vitamin D trials. **The Journal of steroid biochemistry and molecular biology**, v. 198, p. 105-522, 2020.

MARQUES, C. D. L. *et al.* A importância dos níveis de vitamina D nas doenças autoimunes. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 50, n. 1, p. 67-80, 2010.

PINHEIRO, T. M. M. **A importância Clínica da Vitamina D**. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2015.

PRIETL, B., MEDSCAPE NEUROLOGY. **Alzheimer disease**. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/1134817-overview>>. Acesso em: 15 out. 2020.

SHOENFELD, Y. Vitamin D: a panacea for autoimmune diseases? **Can. J. Physiol. Pharmacol.**, v. 93, p. 395–397, 2015.

WAYHS, M. C. Vitamina D - ações além do metabolismo do cálcio. **Rev. Med. Minas Gerais**, n. 21, p. 38-40, 2011.

A IMPORTÂNCIA DO MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UMA REVISÃO NARRATIVA

**Autores: BRANDÃO, Arthur Crossi; BALESTRIN, Andressa; MAINARDI, Jonas
Daniel Walker; ROMERO, Samuel Salvi**

arthurcrossibrandão207@gmail.com – andrebaestrin@hotmail.com –
danieljonasmairardi@gmail.com – samuel@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O manejo longitudinal da HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica - na Atenção Primária de maneira eficiente é de suma importância para a melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas por esta enfermidade (RADOVANOVIC et al. 2014). A HAS é fator de risco para patologias em diversos sistemas do organismo, principalmente em relação ao sistema circulatório, atingindo cérebro, coração, rins, artérias e veias de grande calibre, além da microcirculação responsável pela nutrição dos tecidos periféricos. Sendo assim, trata-se de uma doença capaz de sobrecarregar o Sistema Único de Saúde e atingir múltiplas esferas da sociedade (RADOVANOVIC et al. 2014; LOBO et al. 2017).

Entretanto, caso haja um bom manuseio terapêutico, diminui-se muito as complicações e os riscos para o desenvolvimento de novas comorbidades e ou adoecimentos (TORTORELLA et al. (2017). Desta forma, o tratamento e acompanhamento feito pelas equipes de atenção primária à saúde do SUS oferece de forma ampla e gratuita acesso à profissionais de saúde e medicamentos, possibilitando uma melhora significativa do prognóstico e cotidiano dos pacientes (TORTORELLA et al. 2017; ENGELA et al. 2018).

Ademais, por ser um grande problema de saúde no Brasil, a HAS é encarada como uma das prioridades do SUS, que busca por meio de seus programas e estratégias dispostas em recursos clínicos/epidemiológicos, estimular a mudança de hábitos dos pacientes (ENGELA et al., 2018).

Assim, o objetivo deste ensaio é oferecer subsídio literários para o tema da Hipertensão arterial sistêmica no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa acerca do tema Manejo da HAS na Atenção Primária à Saúde e foi construída tendo como subsídio artigos indexados em bases de dados e biblioteca tais como: Scielo; Web of Science; BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) e Pubmed. A revisão foi delineada durante o desenvolvimento das oficinas e encontros da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF URI) e contextualizada sob os parâmetros do presente método. A presente revisão apresenta métodos de busca arbitrária e que pode apresentar interferência de percepção subjetiva, seguindo as características metodológicas constituídas para teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, dentre outros (CORDEIRO, et al., 2007).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As complicações provocadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são variadas e atingem, não apenas, a saúde do paciente em um nível individual como também acomete a sociedade em geral, na medida em que podem impossibilitar as atividades laborais do mesmo e afetar todo o seu núcleo familiar. Nesse sentido, algumas das principais complicações da HAS apresentadas por Basile e Bloch (2015), são: insuficiência cardíaca tanto sistólica quanto diastólica, acidentes vasculares encefálicos isquêmicos, hemorragia intracerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica. Diante dessas possíveis complicações, se confirma o fato de que a HAS é uma patologia grave cujo manejo, quando ignorado, pode resultar em consequências severas para a gestão dos recursos públicos destinados à saúde (BASILE; BLOCH, 2015). Assim sendo, deve-se pensar que o manejo da HAS necessita de uma visão para além dos aspectos biomédicos e tecnológicos, conforme argumenta Merhy (2000), onde ao se fixar em processos produtivos ligados somente a aparatos tecnológicos o profissional impossibilita o encontro com a pessoa – usuário de um serviço em saúde – e do empoderamento da mesma em relação a sua saúde.

A partir desta visão de um cuidado ampliado e de empoderamento do usuário em relação a sua saúde, deve-se destacar o avanço alcançado no Sistema Único de Saúde quando o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) foi criado com base na meta de garantir “acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços” (BRASIL, 2002, p.5). Entretanto, conforme estabelece a pesquisa realizada por Feitosa, Oliveira e Pimentel (2016), o HIPERDIA ainda não foi capaz de proporcionar tal cuidado ampliado e multidisciplinar na medida em que ainda existe uma postura individualista dos profissionais da saúde, sobretudo naquilo que diz respeito às especialidades, ou seja, cada profissional exercendo sua função dentro do seu consultório sem um cuidado compartilhado e longitudinal para com o paciente. Nessa lógica, Egan e Brent (2018) reforçam que a inércia clínica contribui substancialmente para um controle limitado da HAS, assim, devemos entender que a não cooperação entre os profissionais da atenção primária constitui-se em importante formato deficiente no atendimento do usuário (HOEPFNER; FRANCO, 2010; EGAN; BRENT, 2018). Por tudo isto, há uma necessidade de revisar os valores e a lógica profissional dos profissionais da rede pública de modo a melhorar a aplicabilidade das estratégias empregadas no manejo da HAS (RADOVANOVIC et al., 2014; LOBO et al., 2017).

Diante dessa realidade de ineficácia das estratégias propostas pelo SUS para o manejo da HAS, Egan e Brent (2018) destacam que nos EUA houve uma melhora no manejo da HAS quando se aplicou um incentivo financeiro aos profissionais que apresentassem melhores resultados. Todavia, apenas o incentivo financeiro sem uma mudança na lógica do cuidado não é suficiente para constituir uma mudança permanente no manejo do usuário acometido pela HAS. Além disso, Assis et al (2012) expressam que para o funcionamento correto do HIPERDIA é necessário que se estabeleça um vínculo entre usuários e equipe considerando a realidade social em que estão inseridos, o que reforça a necessidade de mudar o individualismo clínico evidenciado pela pesquisa de Feitosa, Oliveira e Pimentel (2016).

4 CONCLUSÕES

Como a HAS trata-se de uma doença crônica, ela encontra-se relacionada como um dos principais problemas no âmbito da saúde pública, principalmente por sua estabilidade estar envolvida com inúmeros fatores, incluindo determinantes e condicionantes de saúde, deixando muitas vezes o indivíduo vulnerável a riscos cardiovasculares. Todas essas situações não podem ocorrer sem a existência de um vínculo entre a equipe e o usuário. Sendo assim, faz-se necessária uma conscientização dos profissionais e da sociedade sobre a importância do manejo da HAS e a gravidade das complicações por ela provocadas. Dessa maneira, o cuidado multiprofissional se destaca como a principal ferramenta a ser empregada para que se conquiste um manejo adequado dessa e de outras condições que acometem os usuários. Assim, é imprescindível que os valores do cuidado integrado passem a ser bem trabalhados e fundamentados desde a formação dos novos profissionais da saúde. Por fim, reforça-se a ideia de que, quando não há um manejo adequado da HAS, ocorre uma oneração de gastos no Sistema Único de Saúde, justamente pela necessidade de internação e o uso da média e alta complexidade, afetando esferas para além da área da saúde. Assim, o manejo da HAS depende da cooperação entre os profissionais da saúde e o conhecimento pelas populações.

REFERÊNCIAS

ASSIS, L. C.; SILVA S., OLIVEIRA M.; CAVALCANTI, A. L. Monitoramento De Hipertensos e Diabéticos na Atenção Básica, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 2, p. 65-70, 2012.

BASILE, Jan; BLOCH, Michael J. Overview of hypertension in adults. **UpToDate**, Waltham, MA, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasil. Ministerio da Saude, 2002.

CORDEIRO, A.M., et al. Revisão Sistemática – Uma revisão Narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007.

EGAN, B.t M.; FORMAN, J. P. **The prevalence and control of hypertension in adults**. 2018.

ENGELA, M. H. T. et al. Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 75-84, 2018.

FEITOSA, I de O; PIMENTEL, A. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. **Revista do NUFEN**, v. 8, n. 1, p. 13-30, 2016.

HOEPFNER, C.; FRANCO, S. C. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 2, p. 223-229, 2010.

LOBO, L. A. C. et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00035316, 2017.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 4, p. 109-116, 2000.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 547-553, 2014.

TORTORELLA, Catiuscie Cabreira da Silva et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 469-480, 2017.

ABORDAGEM DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE) NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**WELKE, Yasmim Gabriela; BUDKE, Tamiris; OMAIRI, Gabriela Coppetti;
SCHNEIDER, Amanda Peracchi; VIEIRA, Laura; BUSETTO, Marcos Antônio.**

URI Erechim – yasmimwelke@gmail.com; tamirisbudke9@gmail.com;
gabiomairi00@gmail.com; amanda_peracchi@hotmail.com; lauramv133@gmail.com;
marbusetto@uol.com.br.

1 INTRODUÇÃO

O trauma é uma das principais causas de morbimortalidade hodiernamente. Dentre os traumas, se destaca o traumatismo cranioencefálico (TCE), que é a razão de grande número de vítimas, causando morte e déficit neurológico, sendo mais frequente em indivíduos do sexo masculino entre 21 e 60 anos, e estando associado a uma taxa de mortalidade que varia de 30 a 70%. (GAUDENCIO, 2013; SUEOKA; 2019). Dessa forma, evidencia-se a necessidade de abordar e discorrer sobre o tema, suas condutas e classificações.

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma revisão de literatura referente a abordagem do traumatismo cranioencefálico na urgência e emergência. Foram utilizadas as plataformas de busca de artigos científicos do Google Acadêmico e PubMed, além de livros texto que abordassem o TCE, sua fisiopatologia, classificações, condutas terapêuticas, avaliações, intervenções cirúrgicas e situação epidemiológica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na fisiopatologia do TCE, as lesões cerebrais resultantes podem ser classificadas em primárias e secundárias. As lesões primárias são aquelas que ocorrem no momento do trauma, por exemplo, em ferimentos por projétil de arma de fogo ou arma branca, em que a lesão primária ocorre do trauma direto ao parênquima encefálico. Já nos traumatismos fechados (quando não ocorre contato com o conteúdo intracraniano), as lesões primárias podem resultar da movimentação cerebral da energia cinética do acidente. As lesões secundárias decorrem de agressões que se iniciam após o momento do acidente, resultantes da interação de fatores intra e extracerebrais, que se somam para inviabilizar a sobrevivência de células encefálicas. As principais intercorrências clínicas que indicam uma lesão secundária são: “hipotensão arterial, hipoglicemia, hipercarbia, hipóxia respiratória, hipóxia anêmica e distúrbios hidroeletrólíticos” (ANDRADE, 2009). Além disso, ainda descrito por Andrade (2009), a fisiopatologia do TCE pode ser dividida em mecanismos de (I) morte celular, (II) mecanismos de TCE e (III) mecanismos de lesão cerebral após o TCE. Na morte celular cerebral, ela pode ocorrer de duas maneiras, por apoptose e por necrose. A apoptose envolve pouca reação inflamatória e a célula comanda ativamente sua destruição. Na necrose existe uma falência energética e uma maior intensidade de resposta inflamatória ao redor, os

estímulos que levam a necrose são a excitotoxicidade e o estresse oxidativo. Conforme Andrade (2010), o mecanismo do TCE pode ser separado em lesões difusas e focais. As difusas acometem o cérebro como um todo, por exemplo, a concussão cerebral. As lesões focais são compostas por hematomas intra ou extracerebrais ou áreas isquêmicas delimitadas que acometem apenas uma região do cérebro. Os mecanismos de lesão cerebral após o TCE têm como principais elementos a hipóxia, distúrbios metabólicos, distúrbios hidroeletrólíticos e hipertensão intracraniana (ANDRADE, 2010).

De acordo com Gaudêncio (2013), o traumatismo cranioencefálico ocorre, predominantemente, no sexo masculino, sendo a faixa etária mais atingida entre 21 e 60 anos. Ainda, mais de 50% das vítimas de acidente de trânsito que tiveram TCE não faziam uso de EPIs (equipamentos de proteção individual). Em relação à gravidade do trauma, foi detectado dois extremos, maior quantidade era de TCE leve seguido de TCE grave, sendo que esse está associado a uma taxa de mortalidade de 30% a 70% e a recuperação dos sobreviventes é marcada por sequelas neurológicas graves e qualidade de vida prejudicada. Os acidentes de veículos são as causas mais comuns de TCE, principalmente em adolescentes e adultos; já as quedas são responsáveis pelo segundo maior grupo de lesões e são mais comuns nas faixas pediátricas e geriátricas (GAUDENCIO, 2013).

Conforme Walls (2019), a avaliação do paciente com TCE na emergência inicialmente segue as diretrizes da ATLS, com a realização do ABCDE do trauma. O TCE pode causar distúrbio respiratório primário ou secundário, logo é necessário verificar as vias aéreas para a obtenção da ventilação por meio das manobras de desobstrução quando necessário, principalmente para evitar aspiração e lesões cerebrais secundárias a hipóxia. Além da oxigenação, a pressão arterial sistêmica também deve ser atentamente controlada com desde administração de fármacos até transfusão sanguínea, isso porque, um evento de hipovolemia pode ser fatal ao paciente com dano neurológico.

Nessa avaliação emergencial, também é importante um rápido exame neurológico envolvendo a Escala de Coma de Glasgow, realizado antes de qualquer medicação sedativa, para avaliar o grau de consciência do paciente de acordo a pontuação da escala que classifica o TCE em grave (>8), moderado (9 a 12) e leve (13 a 15). Posteriormente, ela é relevante para verificar o prognóstico da lesão neurológica conforme sinais clínicos e a progressão do quadro do paciente (WALLS, 2019).

Em seguida, de acordo com Gentile (2011), é necessária a realização de exame laboratoriais sanguíneos de emergência para determinar tipo sanguíneo, hemoglobina e hematócrito, além do teste de gravidez em mulheres em idade fértil e realização da tomografia computadorizada para verificar o TCE. Um exame corporal total do paciente deve ser feito após o exame neurológico com o paciente despido. Sempre com o cuidado de evitar alterações de temperatura, mantendo o controle dos sinais vitais e da pressão intracraniana (PIC) (GENTILE, 2011).

O modo mais efetivo de se diminuir a PIC é remover a lesão expansiva que está ocupando o espaço das estruturas cerebrais. As duas formas genéricas de se reduzir o espaço ocupado pela lesão são a drenagem externa dos ventrículos e a craniotomia descompressiva. Ambos os procedimentos cirúrgicos devem ser realizados por profissionais qualificados e preparados para realizar a técnica, por isso a presença de um neurocirurgião se faz necessária ao atender um paciente com TCE (GENTILE, 2011).

De acordo com Hartings (2013, p. 1)

Uma conduta mais agressiva, incluindo cirurgia precoce, maior craniotomia e remoção de retalho de osso, pode reduzir a PIC, prevenir espalhamento de despolarizações corticais e melhorar os resultados. Em particular, pacientes [...] podem se beneficiar com a craniectomia descompressiva em conjunto com evacuação da lesão, mesmo quando a PIC elevada não é um fator decisivo para a realização de cirurgia.

4 CONCLUSÕES

“O TCE é uma situação comum no cotidiano médico, sendo responsável por altas taxas de mortalidade e morbidade em todo o mundo” (GENTILE, 2011). Apresenta-se de formas variadas, que devem ser reconhecidas precipitadamente pelo médico responsável, realizando o exame clínico e neurológico, com o objetivo de iniciar o mais rápido possível os procedimentos avançados de suporte de vida e condutas específicas, visando a diminuição da incidência de lesões neuronais secundárias ao trauma. Quando é necessário o manejo extra-hospitalar, o cuidado ao TCE também deve se concentrar na prevenção ou minimização da lesão cerebral secundária, sendo que, conforme Walls (2019), os dois maiores danos sistêmicos são hipotensão e hipóxia. Portanto, as intervenções devem ser dirigidas para a manutenção da oxigenação e prevenção da hipotensão por meio da reanimação direta com líquidos e controle da hemorragia. Ademais, “a sobrevivência máxima e o desfecho neurológico do paciente com lesão cerebral depende da extensão do TCE que ocorre no momento da lesão (lesão primária) e dos efeitos dos danos sistêmicos (lesão secundária)” (WALLS; 2019).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. et al. Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 55, n.1, p. 75-81, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2020.
- ANDRADE, F. et al. Lesões difusas no traumatismo cranioencefálico: aspectos clínicos, fisiopatologia e classificação. **Perspectivas Médicas**, vol. 21, n.1, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2432/243216396007.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2020.
- GAUDÊNCIO, T.G.; LEÃO, G. M. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. **Revista Neurociências**, Teresina (PI), 19 jun. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8261/5792>>. Acesso em: 13 out. 2020.
- GENTILE, J. K. A et al. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1730.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2020.
- HARTINGS, J. A. et al. Surgical management of traumatic brain injury: a comparative-effectiveness study of 2 centers. **Journal of Neurosurgery**, [S.l.], 2014.

Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24180566/>>. Acesso em: 28 out. 2020.

SUEOKA, Júnia. **APH- Resgate- emergências em Trauma**. 1º ed. São Paulo: GEN Guanabara Koogan, 2019.

WALLS, R. M.; HOCKBERGER, R. S.; GAUSCHE-HILL, M. **Rosen Medicina de Urgência e Emergência: Conceitos e Prática Médica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. 3943 p



ADENOMA GIGANTE DE PARATIREOIDE: RELATO DE CASO

ZORZI, Gabrielle Trevisan; SARTORI, Cíndia; CENI, Paola Wozniak; BIESDORF, Anna Laura Carniel; DALLAPRIA, Daniela; MENEGUZZO, Franco Ricardo Fernandes; CASSEL, Laura; ZORZI, Nathali Trevisan; TISSIANI, Taciê Hartmann; GIOLLO, Alessandra Nodari.

URI - Erechim - gabriellezorzi@yahoo.com.br - cindiaastg@gmail.com – paolaceni@hotmail.com – annabiesdorf@hotmail.com - daniela@dallapria.com.br – francorfm@gmail.com - laucassel@hotmail.com – zorzinathali@gmail.com - tacie_tissiani@hotmail.com – alessandragiollo@uricer.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

O adenoma de paratireóide é definido como um tumor glandular benigno, caracterizado por hiperproliferação celular. Inicialmente, é assintomático, evoluindo de forma lenta e progressiva. Sua apresentação clássica relaciona-se a hiperparatireoidismo, litíase renal e sintomas ósseos, gastrointestinais e psiquiátricos. Entre suas formas, há uma apresentação rara, o adenoma gigante de paratireoide, caracterizado pela pesagem glandular superior a 3,5 gramas. Seu diagnóstico é realizado pela correlação da clínica aos exames laboratoriais e de imagem, além da análise histológica.

Este trabalho baseia-se no relato de caso de um paciente masculino com adenoma gigante de paratireoide, associado a discussão da literatura.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa está fundamentada em relato de um caso clínico de paciente de serviço privado da região norte do Rio Grande do Sul, firmado em um consentimento informado acerca do trabalho desenvolvido, permitindo a divulgação de informações clínicas, laboratoriais e intervencionistas. Ademais, foi realizada revisão bibliográfica em literatura médica disponível em livros e artigos científicos com o objetivo de fundamentar a discussão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Homem, 37 anos, procedente de Erechim, procurou serviço privado de endocrinologia referindo história de nódulo indolor em região cervical anterior percebido há cerca de 6 meses e sensação de queimação em membros inferiores. Previamente hígido, negava uso de medicações ou história familiar de alterações de tireoide. Como antecedentes patológicos, apresentava apenas litíase renal com necessidade de litotripsia. Em investigação inicial com clínico geral, foi evidenciada hipercalcemia com cálcio total sérico de 12,1 mg/dL (VR 8,4-10,2), albumina de 4,3 g/dL (VR 3,5-5,0) e fósforo de 2,5 mg/dL (VR 8,4-10,2), além de função tireoidiana normal, com TSH de 1,9 mU/l (VR 0,29-4,66) e T4 livre de 1,28 mg/dL (VR 1,0-1,79). O ultrassom de região cervical evidenciou nódulo hipoecóico de 0,5x0,4 cm em lobo esquerdo e na porção posterior do lobo direito, em toda a extensão na glândula, imagem com ecotextura de partes moles, sólida, hipoecóica com medida de

5,4x2,0x1,3 cm (7,3cc), de contornos lobulados com vascularização em seu interior, mais acentuada em terço médio do parênquima tireoidiana anterior. Em Punção Aspirativa com Agulha Fina (PAAF) dessa lesão nodular de 5,4 cm, foram observadas hemácias e células foliculares dispostas às vezes em folhetos e outras em microfóliculos, classificada como Bethesda III (lesão folicular de significado indeterminado). Em consulta, após análise, suspeitou-se do diagnóstico de hiperparatireoidismo primário, sendo solicitados nova PAAF e perfil do cálcio. O paciente apresentou paratormônio (PTH) de 231,8 pg/ml (VR 18,5-88,0), cálcio total 11,2 mg/dL, cálcio iônico de 1,50 nmol/L (VR 1,10-1,35), fósforo de 2,6 mg/dL, creatinina 0,96 mg/dL (VR 0,52 -1,04), ureia 32 mg/dL (VR 19 - 43), exames compatíveis com o diagnóstico de hipercalcemia por hiperparatireoidismo primário. Na PAAF, foram observadas raras células foliculares sem atipias e linfócitos, achados compatíveis com nódulo benigno (classificação Bethesda II). Após a definição diagnóstica, foi solicitada cintilografia com Setamibi para localizar a glândula hiperfuncionante que teve um achado cintilográfico cervical direito sugestivo de presença de tecido paratireoidiano hiperfuncionante ou de tumoração com atividade celular aumentada. A localização da hiperfunção era compatível com a imagem do nódulo em região cervical direita de 5,4 cm, mas não era possível determinar se imagem se tratava de adenoma gigante de paratireoide ou nódulo de tireoide hipercaptante ocultando um adenoma de paratireoide. O paciente apresentava indicação de tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo devido à hipercalcemia e à litíase urinária, e foi submetido a procedimento cirúrgico com incisão cervical. No procedimento, foi observado um adenoma gigante de paratireoide, sendo realizada paratireoidectomia direita, sem intercorrências. No anatomopatológico, evidenciou-se glândula hiperplásica com escasso tecido adiposo na periferia, sem invasão angiolímfática, perineural e de estruturas adjacentes. Na macroscopia, a paratireoide apresentou-se com peso de 7,0g, medindo 4,4 por 2,1 cm.

Na primeira avaliação pós-operatória, o paciente apresentou normalização do cálcio (cálcio total 9,2 mg/dL), mas com elevação transitória do PTH (102 pg/ml). Após dois meses, observam-se os seguintes exames laboratoriais: cálcio total 9,5 mg/dL, albumina 4,2 g/dL, 14-OH-vitD 27,3 ng/ml (VR>20) e PTH 63,3 pg/ml, todos dentro dos padrões de referência.

A glândula paratireoide normal pesa entre 50 e 70 mg, já adenomas de paratiróides (PTAs) são geralmente pequenos, medindo < 2 cm e pesando < 1 g. Adenomas de paratiróides gigantes (GPTAs), embora raros, são comumente definidos como aqueles que pesam > 3,5 g, com alguns relatos descrevendo pesos até 110 g. Tanto PTAs quanto GPTAs apresentam como manifestação a síndrome do hiperparatireoidismo primário (PHPT), o terceiro transtorno endócrino mais comum. A fisiopatologia do PHPT é definida pela secreção autóloga do hormônio paratireoide (PTH) por uma ou mais glândulas. Embora possa ser causada por hiperplasia de paratireoide ou carcinoma, cerca de 85% dos casos de PHPT são decorrentes de PTAs (AL-HASSAN et al., 2019).

A apresentação clínica clássica dos PTAs é o PTHP acompanhado de litíase renal recorrente, e sintomas psiquiátricos, ósseos e gastrointestinais. Entretanto, devido ao diagnóstico cada vez mais precoce da hipercalcemia, esse conjunto de manifestações tem sido cada vez mais raro, sendo que a maioria dos pacientes com PTA é assintomático ao diagnóstico. Isso não tem se mostrado verdadeiro para GPTAs, em que grande parte se apresenta sintomático. O paciente em questão apresentou aumento da região cervical, algia em membros inferiores e litíase renal,

compatível com os demais casos da literatura. A hipercalcemia e a elevação do PTH estão sempre presentes no PTHP, sendo que a magnitude da elevação do PTH está relacionada com o tamanho do adenoma, havendo uma chance de 95% de encontrar um PTA >250mg se o PTH for superior a 232ng/L (CERQUEIRA et al., 2007).

A localização pré-operatória do PTA é fundamental para guiar a abordagem cirúrgica. Em GPTA de região cervical, a combinação de cintilografia com Sestamibi e ultrassom cervical localiza efetivamente o GPTA e permite abordagem cirúrgica guiada (ABDEL-AZIZ et al., 2019), conforme abordagem realizada no paciente em questão. Após paratireoidectomia, PTAs maiores tem maior risco de evoluir com hipocalcemia. Entretanto, o caso em questão teve uma evolução favorável, o paciente não apresentou hipocalcemia no pós-operatório e não teve recorrência da doença nos seis meses após a intervenção.

4 CONCLUSÕES

O adenoma gigante de paratireóide é uma variável rara dessa lesão glandular, caracterizada por pesagem superior a 3,5 gramas. Suas principais manifestações, quando existentes, relacionam-se à ação excessiva do paratormônio. Sendo o diagnóstico realizado através de exames laboratoriais, de imagem e histológicos.

REFERÊNCIAS

ABDEL-AZIZ, TE, GLEESON F, SADLER G, MIHAI, R. **Dwarfs and Giants of Parathyroid Adenomas-No Difference in Outcome After Parathyroidectomy**, 2019.

ALBUQUERQUE, Emanuel. **HPTP por adenoma: importância do diagnóstico e tratamento precoces**. SANAR MED. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/hptp-por-adenoma-importancia-do-diagnostico-e-tratamento-precoces-colunistas>>. Acesso em: 24 de out. 2020.

AL-HASSAN, M.S., MEKHAIMAR, M., EL ANSARI, W. *et al.* **Giant parathyroid adenoma: a case report and review of the literature**. *J Med Case Reports* 13, 332 (2019). Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13256-019-2257-7>> Acesso em: 27 out. 2020.

CALVA-CERQUEIRA, D, SMITH, BJ, HOSTLER, ML, LAL, G, MENDA, Y, O'DORISIO TM, et al. **Minimally invasive parathyroidectomy and preoperative MIBI scans: correlation of gland weight and preoperative PTH**. *J Am Coll Surg*. 2007.

SUNG, Jin Yong. **Ultrassonografia da paratireóide: a evolução do papel do radiologista**. *Ultrassonografia (Seul, Coréia)* vol. 34,4, 2015.



AFETO E HUMOR: DEFINIÇÕES E FUNCIONAMENTO

SOLEK, Camila Caetano; AVOZANI, Cínthia Emely; BRUM, Alana Helbich; CELLA, Anielli dos Santos Konig; FAVERO, Talita Cristina; LIMBERGER, Sarah Maioli; PRÁ, Lucas Maciel Dal; ROSA, Mário César Obadovski da; RONCHETTI, Ramiro

URI Erechim – solekmyla@gmail.com – cinthiaavozani2@hotmail.com - alana-hbrum@hotmail.com – anycella@hotmail.com – fgatalita.favero@gmail.com – sarahlimberger16@gmail.com - lucasdalpra57@gmail.com - mario.obadovski@gmail.com – rronchetti@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

É público e notório que, contemporaneamente, a busca pela compreensão daquilo que definimos como regulação emocional tornou-se objeto de estudo de diferentes áreas do conhecimento. Definir o que são emoções e como podem ser reguladas é sublime diante do almejo pela compreensão dos processos regulatórios emocionais, haja visto que, segundo Gross e Thompson (2007) as emoções apresentam vultosas funcionalidades comunicativas e expressivas, orientando processos de adaptação do ser humano (SILVA; FREIRE, 2014).

Os aspectos emocionais são de suma importância no estudo das psicopatologias. Entretanto, diferentes escolas psiquiátricas trataram de modos distintos estas questões. O ato de descrever quadros afetivos são feitos a longa data, mas sua real importância nas relações à psicopatologia surgiu apenas no século XVIII, antes disso os sentimentos eram tidos como noções vazias e confusas pertencentes a vida afetiva. Com isso, foram diversos os autores que contribuíram de forma a acrescentar para a psicopatologia, dentre outros aspectos, alguns semelhantes entre eles, como o humor e o afeto, mas abordados de formas e crenças que se diferem (BALDAÇARA *et al.*, 2007).

2 METODOLOGIA

Fora realizada revisão bibliográfica nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico, onde foram encontrados artigos de 1994 a 2019, utilizando-se das palavras chave afetividade, afeto, humor, psiquiatria e psicopatologia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A afetividade se retrata como um dos temas favoritos dos poetas, como Camões, e instiga o ser humano há séculos. Mas por que existe um apreço e interesse implacável por um sentimento como o afeto? Na realidade, o conjunto complexo e dinâmico de comoção e sentimento que define as emoções de uma forma geral desperta curiosidade, principalmente, devido a influência desse universo subjetivo ao cérebro humano.

O órgão normalmente associado ao amor é o coração, já que está associado às principais alterações orgânicas repentinas do corpo quando esse se encontra em momentos quase totalmente emocionais, como um abraço, um olhar ou ainda

durante um beijo. Dentre essas alterações súbitas citadas, tem-se como exemplo o aumento da frequência cardíaca. Além da influência direta no ciclo cardíaco, a afetividade afeta também de forma indireta o coração por meio de sintomas como sudorese e hiperventilação.

Além disso, a afetividade se configura como uma dimensão psicológica na qual é possível integrar uma resposta emocional e expressiva ao mesmo tempo. Na resposta emocional, podemos salientar a ansiedade enquanto o expressivo se trata de eventos gestuais, como o choro. Assim, a afetividade corresponde a uma reação do corpo, o que torna perceptível que o ser humano é afetado a todo tempo pelos seus sentimentos, sendo o principal deles para esse momento a afetividade (MENON; PINTO, 2014).

De maneira resumida, define-se por cognição todo pensamento que traz a consciência da realidade em que se vive, como memórias, raciocínio lógico e associação de ideias. Já a afetividade pode ser conceituada como o modo no qual se enxerga a realidade vivida, dando ao mundo uma forma e conteúdo diferente. Sob essa ótica, a título de exemplo de como esses conceitos estão inter-relacionados, cita-se o recordar, que é uma atividade totalmente cognitiva. Entretanto, para que uma memória seja considerada importante pelo sistema nervoso e seja armazenada, é necessário que esta esteja envolta em conteúdo afetivo, tanto positivo como negativo. Não obstante, como afirma a literatura, a afetividade é o conteúdo psíquico que dá cor aos pensamentos, às lembranças, motivações, temperamentos e tantos mais, mudando todo o estado de ânimo (PINTO, 2009, 2010).

Durante a adolescência, fatores de cunho biológico, social e psicológico moldam a perspectiva de ativação emocional, uma vez que a experiência de novos horizontes dentro de tais aspectos ocasiona respostas emocionais latentes, intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo, decorrentes do aperfeiçoamento da regulação emocional que culmina na asseguuração do funcionamento adaptativo (GILBERT, 2012; LARSON & RICHARDS, 1994; SILK *et al.*, 2003).

Aliada aos processos emocionais, está a busca pela individualidade, sendo o sujeito o ponto central de um paradoxo que o divide entre o almejo por autonomia e a continuação da ligação afetiva com a família (GUNKLICKS-STOESSEL & POWERS, 2008). Este paradoxo incorre na crescente necessidade de o adolescente exercitar sua capacidade de regular o afeto diante do mundo adulto (BARIOLA *et al.*, 2011; MORRIS *et al.*, 2007).

Schneiders (2006) salienta que, durante a adolescência, é comum aos jovens, em momentos que estão juntos de membros familiares, a maior experimentação de afeto positivo, além de menores demonstrações de ansiedade, irritação e humor deprimido, em comparação com outras relações sociais cotidianas. Ou seja, a família possui sublime papel no desenvolvimento dos caracteres regulatórios de emoções, sendo a relação familiar constituída por constantes intercâmbios emocionais entre os seus membros, explicando diversos comportamentos afetivos (LARSON; RICHARDS, 1994).

Yap (2010) exemplifica as realidades de desenvolvimento regulatório dentro do nicho familiar. Por exemplo: adolescentes que tiveram a expressão de afeto positivo rechaçada pelas mães apresentam maior taxa de regulações emocionais não adaptativas, como supressão emocional em detrimento da reavaliação cognitiva, além de sintomatologia depressiva. Em outras palavras é possível dizer que o desenvolvimento de mecanismos adaptativos ou não adaptativos, além da expressão de perturbações psicopatológicas, está intrinsecamente relacionado à

experenciamento de emoções positivas ou negativas ao longo da vida, principalmente durante a adolescência.

A avaliação do estado mental realiza-se a partir de uma entrevista psiquiátrica em que se busca por sinais e sintomas alterados diante das informações obtidas ao se observar o paciente, anamnese e relatos de pessoas próximas. Este processo é essencial para diagnosticar, além de alterações mentais, transtornos neurológicos, de uso de drogas, entre outros.

Alguns aspectos relacionados ao paciente que são observados em uma primeira entrevista são: aparência, como a postura, roupas e atitude; atividade psicomotora e comportamental, como a quietude ou agitação; atitudes do momento, como ser mais reservado ou aberto; comunicação com o examinador, quanto a fala e aspectos relacionados a ela; e os sentimentos que foram despertados, por exemplo, tristeza, irritação.

Quanto às funções mentais, avalia-se a consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória, inteligência, afeto, humor, pensamento, juízo crítico, conduta e linguagem. Em relação ao afeto e humor, a avaliação é realizada durante a entrevista observando-se expressões, conteúdo afetivo relatado, mas sempre levando-se em consideração as particularidades de cada um, como por exemplo, diferenças culturais. Os transtornos mais comuns em relação a afetividade e humor é o Transtorno Afetivo Bipolar, Esquizofrenia, Transtorno de Ansiedade e Demência.

As funções psicofisiológicas também são estudadas, cujas compreendem o sono e sua qualidade; o apetite e suas variações; e a sexualidade, considerando-se os níveis de excitação, incapacidades e problemáticas (CORDIOLI; ZIMMERMANN; KESSLER, 2004).

A DSM-IV-TR (American Psychiatry Association, 2000) classifica transtornos do humor, como desordenamentos afetivos, humor como elemento basal da afetividade. Ênfase também no que o paciente descreve ou apresenta na entrevista, relatos de familiares, pensamentos, dentre outros elementos. Entretanto, perceber as diferenças entre humor e afeto não são muito simples em uma entrevista psiquiátrica, devido, principalmente, à alta carga de subjetividade. O Humor é mais bem representado por termos de estados emocionais e caracterizado por: estabilidade (consistência), reatividade (presença ou ausência de mudanças) e duração. Já o afeto relaciona-se com a expressividade do paciente. A dificuldade de diferenciar humor de afeto existe, sendo o primeiro de maior duração do que o segundo. Mas a padronização dos elementos facilitaria o exame e os estudos também.

Os sintomas de transtornos de afetividade historicamente foram negligenciados na definição de doença mental e a sentimentalidade vista como “estados mentais enganosos”, com muitas dúvidas quanto o que deveria ser levado em consideração. E como consequências desse panorama, estão a loucura vista até outrora apenas como pertencente ao cenário do intelecto e o revés dos psicólogos na ajuda aos psiquiatras no século XIX. Desenvolveram-se também termos utilizados para denominações de manifestações emocionais, é o caso da melancolia e do pânico, por exemplo.

Normalmente espera-se que o doente mental apresente seu estado mental, mesmo que ele não consiga assimilar a veracidade dos fatos devido algumas distorções que ele próprio apresenta. Os profissionais utilizam parâmetros para que os estados de humor sejam interpretados, de forma que o paciente pontue seu

humor de acordo. Aspectos do paciente desempenham um papel muito importante, levando-se em consideração a cultura.

Existem diferenças entre emoção, paixão, humor e afeto, sendo as duas primeiras de curta duração, com intensidade média e possuindo relação a um objeto reconhecível. Humor e afeto, entretanto, possuem uma duração maior e submetidos a controles genéticos e ambientais. Profissionais da saúde mental, mais especificamente psiquiatras, concebem os transtornos clínicos de humor com relação a carência de saliência e estabilidade (BERRIOS, 2012).

4 CONCLUSÕES

Tendo em vista todos os caracteres psicossociais discutidos, compreende-se que a regulação do afeto e do humor são de suma importância no desenvolvimento do sujeito em sociedade, uma vez que a falta de tais freios e contrapesos culmina no desenvolvimento de padrões psicopatológicos que afetam a qualidade de vida do indivíduo e de todo o corpo social no qual está imerso.

REFERÊNCIAS

BALDAÇARA, Leonardo; BUENO, Celso Ricardo; LIMA, David Souza; NÓBREGA, Luciana PC; SANCHES, Marsal. Humor e afeto. Como defini-los? **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 108–121, 2007. Disponível em: <<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/download/449/502>>. Acesso em: 22 out. 2020.

BERRIOS, German. A psicopatologia da afetividade: aspectos conceituais e históricos. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, n. 1, p. 138–170, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n1/11v15n1.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2020.

CORDIOLI, Aristides Volpato; ZIMMERMANN, Heloisa Helena; KESSLER, Félix. Rotina da avaliação do estado mental. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Mental.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2020.

GILBERT, Kirsten. The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. **Clinical Psychology Review**. 32ed, 467-481p, 2012.

GROSS, J. J.; THOMPSON, R. A. **Emotion regulation: conceptual foundations**. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press, pp. 3-24, 2007.

KRENBORG, Otto Friedmann. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. **American Psychiatric Association**, Washington, 5.ed, 991p, 2013.

LARSON, R. W.; Richards, M. H. Family emotions: Do young adolescents and their parents experience the same states? **Journal of Research on Adolescence**, 4ed, 567-583p, 1994.

PINTO, F. E. Menon. **A Afetividade:** Algumas Poucas Ideias Sobre O (Novo) Estudo Da Emoção E Do Sentimento No Funcionamento Psicológico Do Ser Humano. 1–17p, 2014.

PINTO, F. E. M. **Quem é o sujeito psicológico?** Algumas reflexões e apontamentos teóricos futuros. 1-19p, 2009.

PINTO, F. E. M. **O sujeito psicológico e as interfaces com as dimensões psíquicas:** um breve diálogo sobre a afetividade. 1-16p, 2010.

SCHNEIDERS, J.; NICOLSON, N. A.; BERKHOF, J.; FERON, F. J.; VAN OS, J.; DE VRIES, M. W. Mood reactivity to daily negative events in early adolescence: Relationship to risk for psychopathology. **Developmental Psychology**, 42ed, 543-554p, 2006.

SILK, J. S., STEINBERG, L.; MORRIS, A. S. Adolescent's emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. **Child Development**, 6ed, 1869-1880p, 2003.

SILVA, E.; FREIRE, T. Regulação emocional em adolescentes e seus pais: da psicopatologia ao funcionamento ótimo. **Análise Psicológica**, v. 32, n. 2, 217–228p, 2014.

YAP, M. B. H.; SCHWARTZ, O. S.; BYRNE, M. L.; SIMMONS, J. G.; ALLEN, N. B. **Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive symptoms:** adolescent emotion regulation as a mediator. *Journal of Research on Adolescence*, 20ed, 1014-1043p, 2010.



ARTRITE REUMATÓIDE E OSTEOARTRITE: RACIOCÍNIO CLÍNICO

LIMBERGER, Sarah Maioli; BIESDORF, Anna Laura Carniel; SARTORI, Cíndia; DALLAPRIA, Daniela; MENEGUZZO, Franco Ricardo Fernandes; ZORZI, Gabrielle Trevisan; CASSEL, Laura; TISSIANI, Taciê Hartmann; ZORZI, Nathali Trevisan; OLDONI, Árien Eliza
URI Erechim – sarahlimberger16@gmail.com - annabiesdorf@hotmail.com - cindiastg@gmail.com - daniela@dallapria.com.br - 043364@aluno.uricer.edu.br - gabriellezorzi@yahoo.com.br - laucassel@hotmail.com - tacie_tissiani@hotmail.com - zorzinathali@gmail.com - arienoldoni@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Cerca de 80% dos brasileiros com 60 anos ou mais relata ter pelo menos uma doença crônica não transmissível, sendo que os distúrbios musculoesqueléticos (DME) foi o grupo de doenças mais prevalente, incluindo problemas de coluna, osteoartrite e artrite reumatóide (IGBE, 2010). Nesse contexto, o presente estudo tem por finalidade apresentar as principais diferenças entre as manifestações clínicas da Osteoartrite e da Artrite Reumatóide, facilitando, assim, o raciocínio clínico do profissional de saúde, afinal, os DME interferem de forma negativa na qualidade de vida, além de serem responsáveis por grau significativo de incapacidade (MASCARENHAS, 2012).

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido consiste de uma revisão bibliográfica, utilizando-se de artigos científicos, livros e publicações que abordem os aspectos clínicos tanto da Osteoartrite, quanto da Artrite Reumatóide. Para a pesquisa de artigos, utilizou-se as plataformas digitais Pubmed e Scielo, sendo que os filtros utilizados foram: “Free full text”, “Meta-analysis” e “5 years”. O período utilizado para a realização da pesquisa foi de setembro/2020 até outubro/2020.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Distúrbios Musculoesqueléticos (DME) podem ser causados por doenças nos ossos, articulações, músculos, tendões, ligamentos, bursas ou uma combinação destas estruturas articulares (FORTE, 2019). A abordagem aos DME, de acordo com Longo (2017), deve contemplar os seguintes questionamentos: se a queixa é de origem articular ou não-articular, se é de natureza inflamatória ou não-inflamatória, se é um quadro agudo (<6 semanas) ou crônico (>6 semanas) e se a queixa é generalizada ou localizada. Os distúrbios articulares cursam com dor, amplitude limitada, tumefação, crepitação, instabilidade, bloqueio ou deformidade. Já os não-articulares, a dor apenas aparece quando a amplitude do movimento é ativa e não passiva, e tende a ficar localizada longe da cápsula articular. Por outro lado, a natureza inflamatória depende do aparecimento de sinais flogísticos na região

articular, são eles: dor, calor, rubor, edema e perda de função (limitação do movimento).

A osteoartrite é caracterizada pela degradação do tecido cartilaginoso decorrente de fatores mecânicos, genéticos, hormonais, ósseos e metabólicos, fato que ocasiona uma remodelação óssea e algum grau de inflamação sinovial (CARVALHO, 2019). O quadro clínico da osteoartrite, de acordo com Carvalho (2019), cursa com sintomas de dor localizada ou irradiada, rigidez pós-reposo (não superior a 30 minutos), dor protocinética, parestesias e disestesias e exacerbação da dor com movimento. Já os sinais articulares, consistem em sensibilidade à mobilização e à palpação, crepitação audível ou palpável, limitação do movimento, mau alinhamento articular, sinais discretos de inflamação e derrame articular.

As juntas mais frequentemente acometidas pela osteoartrite além de quadril e joelhos, são as das mãos, com predileção pelas interfalangeanas distais e proximais e base do polegar, coluna cervical e lombar e as primeiras metatarsofalangeanas (“joanetes”) (VASCONCELOS, 2019). Na osteoartrite das interfalangeanas das mãos, os nódulos de Heberden e Bouchard, são caracterizados, respectivamente, como um aumento de volume ósseo nas articulações interfalangeanas distais e nas interfalangeanas proximais (LONGO 2017).

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória sistêmica, autoimune, crônica e progressiva, caracterizada pelo comprometimento da membrana sinovial (preferencialmente das articulações periféricas), podendo levar à destruição óssea e cartilaginosa e deformidades irreversíveis (VASCONCELOS, 2019). As articulações encontram-se simetricamente inflamadas (com sinais flogísticos) e sintomas sistêmicos são frequentemente encontrados, principalmente sintomas gerais como fadiga, febre, astenia, mialgia e perda ponderal.

Os sintomas articulares da AR consistem em poliartrite aditiva, simétrica, associada a edema e rigidez matinal prolongada (maior que 1 hora). A dor é de caráter inflamatório, ou seja, ocorre após períodos de repouso com rigidez associada, caracterizada por enrijecimento e sensação de edema percebida sobretudo pela manhã. As principais articulações acometidas são os punhos, as metacarpofalangeanas, as interfalangeanas proximais, as metatarsofalangeanas, os ombros e os joelhos. As interfalangeanas distais raramente são acometidas, o que é útil para diferenciar AR de outras condições. As manifestações extra-articulares da AR, como nódulos reumatóides e a vasculite reumática, são mais frequentes em pacientes com doença mais grave e de longa duração. (VASCONCELOS, 2019).

4 CONCLUSÕES

Diante do exposto, a fim de ilustrar as principais diferenças clínicas entre a osteoartrite e a artrite reumatóide, elaborou-se o Quadro 1.

Quadro 1 - Principais diferenças clínicas entre Osteoartrite e Artrite Reumatóide

Manifestação clínica	Osteoartrite	Artrite Reumatóide
----------------------	--------------	--------------------

Tempo de duração da rigidez articular	Até 30 minutos	Mais de 60 minutos
Principais articulações acometidas	Interfalangeanas distais e proximais, carpometacarpiana do polegar, discos intervertebrais cervicais e lombares, primeira metatarsfalangeana, quadril e joelho.	Punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais, metatarsfalangeanas, ombros e joelho.
Manifestações extra-articulares	Ausente	Frequentemente presentes
Sinais flogísticos	Leves	Pronunciados
Caráter da dor	Mecânica – desencadeada pelo movimento	Inflamatória - após períodos de descanso/repouso

Portanto, o raciocínio clínico do profissional de saúde deve estar pautado em 5 pilares: tempo de duração da rigidez articular, articulações acometidas, manifestações extra-articulares, presença de sinais flogísticos e caráter da dor. Dessa forma, poder-se-á chegar a uma hipótese diagnóstica mais precisa e, assim, solicitar exames direcionados para tal hipótese.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Marco Antônio P. et al. Reumatologia: diagnósticos e tratamento. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**. 2019. n5. p 125-342.

FORTE, ALEXANDRA VILLA-, Dor musculoesquelética. **Manual MSD: Versão Saúde para a Família**. Set, 2019. Disponível em:

<<https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-%C3%B3sseos,-articulares-e-musculares/sintomas-de-doen%C3%A7as-musculoesquel%C3%A9ticas/dor-musculoesquel%C3%A9tica#:~:text=A%20dor%20musculoesquel%C3%A9tica%20pode%20ser,geralmente%20profunda%2C%20penetrante%20ou%20surda>> Acesso em: 27 out. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE: Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. In Informação demográfica e socioeconômica, n. 27. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2010:317.

LONGO, Dan L. et al. Medicina interna de Harrison. 17. ed. Rio de Janeiro: **McGraw-Hill**, 2008. Vol. 2, pg 2710 e 2716.

MASCARENHAS, Claudio H. Meira; PRADO, Fabio Ornellas; FERNANDES, Marcos Henrique. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. **Revista de Salud Pública**, v.14. n.4, p. 668-680. Agosto, 2012.

VASCONCELOS, José Tupinambá de Souza. **Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia**. Borueri/SP: Manole Ltda, 2019

AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

PERISSINOTTO, Daiane; BORTOLOSO, Dalana; SARTORI, Giana Lisa Zanardo;
URI Erechim – daianeperissinotto@gmail.com – dalanabortoloso@hotmail.com –
sgiana@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

“Esta vida é uma estranha hospedaria,
De onde se parte quase sempre às tontas,
Pois nunca as nossas malas estão prontas,
E a nossa conta nunca está em dia.”
Mario Quintana

Diante dos avanços técnicos e científicos, emerge a necessidade do debate relacionado as Diretivas Antecipadas de Vontade, possuindo grande relevância para garantir a autonomia do paciente e ajustar suas relações com o médico.

O presente trabalho tem a finalidade de trazer considerações a respeito das diretivas antecipadas de vontade e sua participação na relação médico-paciente. Serão as diretivas antecipadas de vontade um meio para garantir a autonomia do paciente, quando não for possível manifestá-la de forma autônoma em casos de doença terminal ou dano irreversível? As inquietações geradas pelo diagnóstico de uma doença grave e incurável, pelas inúmeras situações que podem advir do fim da vida geram em muitas pessoas a preocupação em garantir um processo morte digno. Para tanto é preciso que as alternativas existentes e outras a serem propostas à sociedade tenham garantida sua validade ética e jurídica.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada nessa pesquisa baseia-se no método indutivo, na perspectiva da abordagem analítica descritiva, pois identifica e descreve as características das diretivas antecipadas de vontade e suas espécies. Quanto aos procedimentos técnicos, encontra-se na categoria bibliográfica, bem como na legislação brasileira, uma vez que foram utilizados apanhados extraídos de artigos científicos, pesquisas on-line e obras literárias pertinentes ao estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o desenvolvimento da medicina, a morte passou a ser uma questão eminentemente técnica, por várias razões, que se baseiam na evolução social, no avanço técnico, no sucesso da medicina em combater a morte, a mudança de onde morrer, dentre outras que causam um significativo impacto no cuidado com os pacientes terminais.

Uma significativa mudança ocorreu também na relação médico-paciente, onde no período inicial da existência dessa relação o modelo sacerdotal, também chamado paternalista, prevalecia, pois baseia-se na tradição hipocrática. Em nome

da beneficência, as decisões do médico não levavam em consideração os desejos, crenças ou opiniões do paciente. Atualmente, observa-se de forma acentuada o modelo contratualista, onde o médico preserva sua autoridade por ser detentor de conhecimentos e habilidades específicas, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisões técnicas e o paciente participa ativamente do processo, exercendo seu poder de acordo com o perfil de vida e valores particulares e morais, tendo em vista o compromisso estabelecido entre as partes.

Todas essas mudanças tiveram grande inspiração na bioética e seus princípios, nas palavras de Diniz (2014) “A bioética é um conjunto de reflexões filosóficas e morais sobre a vida em geral e sobre as práticas médicas em particular, consiste ainda, no estudo da moralidade da conduta humana na área das ciências da vida buscando o que seria lícito ou científica e tecnologicamente possível.”

Os princípios da bioética são reflexões de valores que decorrem da interpretação da natureza humana e das necessidades individuais, dentre eles o princípio da autonomia, requer que o profissional da saúde respeite a vontade do paciente ou de seu representante; já o princípio da beneficência, requer que as práticas médicas evitem, na medida do possível, quaisquer danos por isso o princípio da não-maleficência estabelece a obrigação de não acarretar dano intencional; e por fim o princípio da justiça requer a imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios no que atina a prática médica, buscando o equilíbrio, a equidade. (DINIZ, 2014).

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)¹, que surgem da necessidade do debate relativo à morte digna e a valorização da autonomia privada do indivíduo em situação de terminalidade tem seu fundamento a partir da teoria principiológica da Bioética.

O reconhecimento das DAV como um direito do paciente só foi possível a partir da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano, conhecida também como Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina ou Convênio de Oviedo, cujos signatários são os Estados Membros do Conselho da Europa, redigida em 4/4/1997.

As DAV tradicionalmente têm sido entendidas, como gênero, do qual são espécies, o testamento vital e a procuração para cuidados de saúde. Atualmente, não tratam apenas de desejos de fim de vida, sendo vistas como documentos de manifestação de vontade prévia que terão efeitos quando o paciente não conseguir manifestar livre e autonomamente suas vontades (DADALTO, 2020).

A procuração para cuidados de saúde, também conhecida como mandato duradouro, consiste em um documento no qual o paciente nomeia um ou mais procuradores que deverão ser consultados em caso de incapacidade do paciente. O procurador decidirá tendo como base a vontade do paciente (DADALTO, 2020).

Já o testamento vital é o documento, no qual o paciente declara suas pretensões sobre tratamentos futuros, diante da possibilidade de estar incapacitado, por enfermidade grave, não podendo expressar livremente sua vontade. Este documento incluirá as formas de tratamento e metodologias terapêuticas, que o paciente deseja que sejam tomadas, ou não, pelo médico.

As DAV não possuem regulamentação jurídica específica no Brasil, o tema ganhou destaque com a publicação pelo Conselho Federal de Medicina da Resolução 1.995/2012, que se tornou marco normativo na defesa dos interesses dos

1 Ressalta-se que será utilizado no decorrer da exposição de ideias a sigla (DAV) para Diretivas Antecipadas de Vontade.

pacientes em fim de vida no Brasil, pois é a primeira norma – ainda que administrativa – que reconhece o direito de o paciente manifestar sua vontade por escrito, e o dever de profissionais e familiares de respeitarem essa vontade. Ocorre que essa norma tem eficácia restrita, pois só vincula os médicos, uma vez que foi feita pelo conselho da classe desses profissionais (DADALTO, 2013). Essa resolução teve sua constitucionalidade reconhecida por meio da Ação Civil Pública nº 1039-86.2013.4.01.3500, afirmando não ter ocorrido excesso por parte do Conselho Federal de Medicina ao editar a mesma.

Quanto as proposições formais o Conselho Nacional de Justiça editou em maio de 2014 o enunciado nº. 37 na I Jornada de Direito da Saúde, no qual dispõe que:

As diretivas ou declarações antecipadas de vontade, que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito (DINIZ, 2014).

Importante destacar que as principais proposições que devem ser observadas são a forma (escrita no prontuário, em cartório através de documento público ou até mesmo na forma oral quando não houver a possibilidade de ser escrita), o discernimento (capacidade de entendimento e compreensão) e eficácia (atingir os objetivos propostos na prática). As diretivas antecipadas de vontade podem e devem ser um meio de respeitabilidade às vontades e os desejos de todo o ser humano que busca de forma antecipada deixar organizado o seu fim de vida.

4 CONCLUSÕES

As Diretivas Antecipadas de vontade são um instrumento pelo qual o paciente declara a suas vontades por meio do mandato duradouro ou do testamento vital, antecipadamente, a respeito de se submeter ou não a tratamentos médicos, quando não há mais expectativa de cura, tal possibilidade está legitimada pela Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, a qual teve sua constitucionalidade reconhecida, portanto, é válida a sua aplicabilidade no ordenamento jurídico brasileiro, mesmo não existindo lei específica sobre o assunto. Cabe destacar que essa autonomia certamente traz dignidade ao indivíduo, permitindo escolher seu destino, em conformidade com a maneira que viveu suas crenças, sua religião, sua cultura e ao mesmo tempo, garante a conduta do profissional médico que deseja o bem estar do seu paciente. O respeito a uma efetiva participação do paciente na tomada de decisões gera uma sincronia entre ele e seu médico, uma consistente troca de informações com alto envolvimento, tendo por base a confiança e o compromisso estabelecido entre as partes envolvidas.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Brasília: CFM,

1988. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=10&Itemid=123%3E. Acesso em: 30 jul. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Enunciados nº 37** Aprovado na I Jornada de Direito da Saúde em 15 de maio de 2014. JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE, 1., 2014, São Paulo. 2014. Disponível em: <http://saude.mppr.mp.br/pagina-874.html>. Acesso em 13 ago. 2020.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 5.ed. São Paulo: Foco, 2020.

DADALTO, Luciana. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995 / 12. **Revista Bioética** Brasília, v. 21, n. 1, pág. 106-112, abril de 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 ago. 2020.

DINIZ, Maria Helena. **O Estado Atual do Biodireito**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.



AS REPERCUSSÕES CARDIOVASCULARES DECORRENTES DO USO DE ESTEROIDES ANDROGÊNICOS ANABOLIZANTES

MACULAN, Giulia França; MARSAROTTO, Rafael Rossa; ROSS, Giovanna Sanagiotto; PREDEBON, Julia Camargo; OSTROWSKI, Jean Carlos; SIRENA, Nathália Santin; MOREIRA, Vivian Martinez Mendes; SILVA, Elérson Reis Da

URI - Erechim - francagiulia684@gmail.com - giovannasttr@gmail.com - rafaelmarsarotto@gmail.com - juliapredobon@outlook.com - jeanc.ostrowski@gmail.com - nathalia.santin@hotmail.com - 3mvivian@gmail.com – elaords@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Esteroides anabólicos androgênicos (EAAs) representam um grupo de sintéticos derivados da testosterona. São utilizados desde 1940 na reabilitação de queimaduras, traumas, cirurgias, além de terem bons resultados no tratamento de outras patologias como hipogonadismo, osteoporose e caquexia (LIU; WU; CUI, 2019). Devido ao seu efeito anabólico osteomuscular, desde 1950 são utilizados por atletas fisiculturistas e, desde 1980, pela população geral para melhora da estética corporal (BAGGISH et al., 2017). Entretanto, estudos prévios têm demonstrado que a utilização indiscriminada de EAAs está associada a doenças cardiovasculares.

Diante disso, este estudo tem por objetivo compilar diversos estudos e relacionar a utilização de EAAs com riscos cardiovasculares aos quais os usuários destas substâncias estão expostos.

2 METODOLOGIA

A elaboração do estudo em questão fundamentou-se em uma revisão da literatura referente aos impactos cardiovasculares do uso de anabolizantes. Os artigos e livros analisados foram escritos em inglês e português e publicados entre os anos de 2016 a 2020. Diante disso, tem-se como propósito a estruturação de um resumo expandido que aborda uma discussão clara e objetiva a respeito das reações a nível cardiovascular sob o uso desses medicamentos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O contexto de otimização de performance é muito valorizado no mundo do esporte em geral, e os recursos ergogênicos são ferramentas amplamente utilizadas nesse sentido. Sendo assim, o uso em doses supra fisiológicas dessas drogas é uma prática muito comum nesse mundo, com o intuito de melhorar o desempenho com que o corpo realiza suas adaptações no sistema muscular. Isto é, com o uso dessas substâncias, o objetivo é melhorar, principalmente, a síntese proteica, função denominada de anabolismo muscular; outras funções dos EAAs descritas são: aumento da força muscular, aumento da lipólise e maior densidade óssea (KLONER et al., 2016). Desde então, o uso indiscriminado dessas substâncias é muito comum,

tanto no universo dos atletas de alto rendimento de diversas categorias quanto por não-atletas que visam a melhora estética por meio desses recursos ergogênicos.

O protótipo de todo esteroide anabolizante é a testosterona; fisiologicamente esse hormônio é produzido pelos testículos, nas células de Leydig e, em menor quantidade, pelas glândulas suprarrenais. No corpo humano, sua função é de maturação dos órgãos sexuais masculinos e desenvolvimento das características secundárias do sexo masculino. A secreção de testosterona é comandada pelo eixo Hipotálamo-Hipófise-Testículo: o hipotálamo secreta GnRh, que por sua vez, estimula a hipófise a secretar LH e FSH. No homem o LH é responsável por estimular as células de Leydig a sintetizar testosterona (KLONER et al., 2016). Nesse contexto, as drogas sintéticas que possuem as mesmas funções da testosterona inibem esse eixo através de mecanismos de feedback negativo. As principais substâncias que executam essas funções são os derivados da testosterona e da diidrotestosterona: enantato de testosterona, boldenona, dianabol, e hemogenin, estanozolol, oxandrolona, respectivamente. (SANZON; ALMEIDA; TORIANI, 2019)

Os efeitos dessas drogas não estão restritos unicamente ao sistema osteomuscular, no sentido de melhorar a composição muscular corpórea. Isto é, os efeitos colaterais resultantes do uso dos EAAs são frequentes, e os mais conhecidos estão relacionados, principalmente, a danos hepáticos, endócrino metabólicos, e, também, cardiovasculares. Sendo assim, as repercussões cardiovasculares podem ser muito graves; as mais citadas são: Infarto Agudo do Miocárdio, Trombose Venosa Profunda, Tromboembolismo pulmonar, Arritmias Cardíacas, Cardiomiopatia Hipertrofica, Hipertensão Arterial Sistêmica, Calcificação Arterial e Morte Súbita (BAGGISH et al., 2017; LIU; WU; CUI, 2019; PERRY et al., 2020). Nesse sentido, os mecanismos com os quais os EAAs afetam o sistema cardiovascular devem ser elucidados a fim de que se entenda o contexto desses efeitos colaterais.

A hipertensão arterial é um dos efeitos mais comumente observados em usuários de esteróides anabolizantes, apesar de que seu mecanismo ainda não tenha sido totalmente elucidado, acredita-se que essas substâncias aumentem a atividade simpática, reduzam a atividade parassimpática (EDUARDO; CUNHA, 2019) e inibam fenômenos como a hipotensão pós-exercício (LIU; WU; CUI, 2019). Sendo que esse efeito hipertensivo pode persistir por muitos meses após a cessação do uso, submetendo o usuário ao risco de desenvolver HAS irreversível. Não obstante, os EAAs possuem uma íntima associação com o metabolismo das lipoproteínas, causando desordens nesse sistema durante o uso. Nesse contexto, observa-se que os níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL- High density lipoprotein), reduzem conforme o uso de EAAs, enquanto os níveis de lipoproteínas de baixa densidade (LDL- Low density lipoprotein) aumentam.

A dislipidemia, mesmo que transitória, podendo se resolver até 12 meses após o uso dos esteroides, pode servir de fator de risco para aterosclerose, infarto agudo do miocárdio (IAM), fenômenos trombóticos e cerebrovasculares (EDUARDO; CUNHA, 2019; LIU; WU; CUI, 2019). Esse risco aumentado de eventos trombóticos está, também, diretamente relacionado ao aumento da produção e agregação plaquetária, da produção de Tromboxano A₂ (TXA₂) e redução da produção de prostaciclina, (LIU; WU; CUI, 2019). Essa cascata metabólica prejudicada resulta em hipercoagulabilidade sanguínea, fator que precede alterações tromboembólicas.

A hipertrofia cardíaca é uma alteração frequentemente observada no uso abusivo de EAAs (BARBOSA NETO et al., 2018; PERRY et al., 2020). Nesse caso, as paredes septais intraventriculares e paredes ventriculares esquerdas

encontram-se hipertrofiadas, em especial, devido ao estímulo simpático continuado e, também, pelo aumento dos valores pressóricos, como citado anteriormente. Além disso, as adaptações hipertróficas que afetam o ventrículo esquerdo são pró-arrítmicas. Isto é, o uso crônico de esteroides anabolizantes apresenta ao usuário risco de desenvolver arritmias ventriculares graves e até mesmo evoluir para episódios de morte súbita. Outrossim, a hipertrofia do VE é capaz de suscitar disfunções diastólicas graves, que quando associadas à HAS sucede o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (BARBOSA NETO et al., 2018).

4 CONCLUSÕES

O uso de EAAs beneficia atletas e não-atletas por meio da otimização do desempenho no exercício físico e melhora de parâmetros estéticos. Contudo, o abuso dessas substâncias se mostra arriscado no que tange ao risco do desenvolvimento de complicações cardiovasculares. Isto é, interferem na atividade simpática e parassimpática do organismo, o que pode resultar no quadro de hipertensão arterial sistêmica, além do possível aumento dos níveis lipídicos, somado a hipertrofia do músculo cardíaco, alterações pró-arrítmicas e até mesmo disfunções ventriculares esquerdas. Em suma, o montante dos efeitos do abuso dessas substâncias tem caráter grave sucedendo a diagnóstico dessa natureza e mau prognóstico.

REFERÊNCIAS

BAGGISH, A. L. et al. Cardiovascular toxicity of illicit anabolic-androgenic steroid use. **Circulation**, v. 135, n. 21, p. 1991–2002, 2017.

BARBOSA NETO, O. et al. Long-term anabolic steroids in male bodybuilders induce cardiovascular structural and autonomic abnormalities. **Clinical Autonomic Research**, v. 28, n. 2, p. 231–244, 2018.

PEREIRA, I. E. C. O uso de esteroides anabólicos androgênicos no fisiculturismo e seus efeitos adversos sobre o sistema cardiovascular. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020.

KLONER, R. A. et al. Testosterone and Cardiovascular Disease. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 67, n. 5, p. 545–557, 2016.

LIU, J. DI; WU, Y. Q.; CUI, Y. Anabolic-androgenic steroids and cardiovascular risk. **Chinese Medical Journal**, v. 132, n. 18, p. 2229–2236, 2019.

PERRY, J. C. et al. Anabolic Steroids and Cardiovascular Outcomes: The Controversy. **Cureus**, v. 12, n. 7, 2020.

SANZON, G. F.; ALMEIDA, P. H. F. DE; TORIANI, S. S. Efeitos decorrentes do uso de anabolizantes em praticantes de musculação. Redes - **Revista Interdisciplinar do IELUSC**, [S.l.], n. 2, p. 119-128, jan. 2020.



ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E AO PARTO DE MULHERES NEGRAS NO SUS: UMA REVISÃO NARRATIVA

UTTEICH, Rafaela Vitória; BATISTA, Mainara Hoffmann; DAMIANI, Alana Tamiris; RÉ, Paola De; CURZEE, Renata; VIEIRA, Maria Isabelle Nakano; ROMERO, Samuel Salvi

URI Erechim – utteich12@gmail.com - mainarahoffmann@gmail.com - alanadamianit@gmail.com - paola.dere97@gmail.com - renatacurzee@hotmail.com - belle.nv7@gmail.com - samuel@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O preconceito racial vivenciado historicamente na população brasileira, perpetua, ainda, no século XXI. E na saúde pública, a condição de discriminação é mais agravante, pois vai de encontro aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) os quais afirmam que o cuidado deve ser universal, independente de raça, gênero, classe social, religião, orientação sexual e cultura (ALVES et al. 2020). Persistir nesse atraso social, contribui para que o acesso à saúde de maneira adequada, completa e longitudinal seja restrito a grupos selecionados, deixando a mulher negra desassistida no contexto do cuidado à sua saúde (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019; ALVES et al. 2020).

Diante da persistente discriminação racial, principalmente do gênero feminino, com dados discrepantes de escolhas e resultados terapêuticos entre mulheres brancas e negras/pardas, justifica-se essa revisão bibliográfica (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019). Assim, este estudo tem como objetivo reunir dados que demonstram a assistência prestada às mulheres negras, seus atrasos e suas segregações do cuidado e, ainda, contribuir para novas perspectivas e discussões no sentido da inclusão das minorias sociais na saúde, a exemplo da mulher negra.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa acerca do tema assistência pré-natal e ao parto de mulheres negras no SUS e foi construída tendo como subsídio artigos indexados em bases de dados e biblioteca tais como: Scielo; Web of Science; BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) e Pubmed. A revisão foi delineada durante o desenvolvimento das oficinas e encontros da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF-URI) e contextualizada sob os parâmetros do presente método. A presente revisão apresenta métodos de busca arbitrária e que pode apresentar interferência de percepção subjetiva, seguindo as características metodológicas constituídas para teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, dentre outros (CORDEIRO, et al., 2007).

Utilizaram-se artigos e publicações nacionais dos últimos 5 anos. A pesquisa, portanto, foi realizada usando os descritores mulheres negras, parto e SUS para as buscas serem direcionadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 As desigualdades sociais e discriminação racial, dentro das instituições de saúde, que afetam o acolhimento desse grupo de pacientes

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios éticos a universalidade, a igualdade e a equidade; e como princípios organizacionais a descentralização, a hierarquização e a participação social garantindo, assim, o direito à saúde para todos, sem distinção de raça, etnia, gênero e situação econômica, bem como prevenção e promoção da saúde. Observando a saúde da mulher negra sob um prisma étnico-racial, vemos o racismo como um determinante social que pode ser influenciado no processo saúde-doença. Diante disso, pode-se afirmar que a população negra se torna vulnerável, dificultando, assim, o acesso à saúde. (THEOPHILLO; RATTNER; PEREIRA, 2018)

O racismo institucional se dá pela discriminação em qualquer instituição, seja ela pública ou privada. Dessa forma, possivelmente o racismo institucional é a dimensão mais negligenciada, pois desloca-se da esfera individual e instaura a esfera estrutural, correspondendo às formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada dos inúmeros sujeitos nesses grupos. (WERNECK, 2016)

Quanto à assistência ao parto, o racismo institucional também fica evidente nas unidades do SUS de todo o país. No que se refere às mulheres negras, é apresentado um maior percentual de parto normal, pois os estereótipos que são construídos a partir das representações na sociedade definem as mulheres negras como mais resistentes, portanto, capazes de suportar mais dor. É evidenciado, dessa forma, que a saúde da população negra está assinalada pela naturalização do racismo. (GOMES, 2016)

3.2 A cor como fator de vulnerabilidade à perda de saúde

Apesar do fim da escravidão ter promovido a liberdade da população negra, não foi capaz de assegurar seus direitos - criando a crença no mito da democracia real (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019). Assim, direciona-se a um cenário em que as análises das desigualdades excluem as questões raciais (SILVA et al., 2020). No entanto, os indicadores sociais denunciam os espaços diferentes ocupados por brancos e negros; com menores salários, piores posições de trabalho, condições precárias de moradia, menor nível de escolaridade e acesso limitado à saúde e serviços sociais, os negros encaram miséria econômica, isolamento espacial e social. (DAFLON; CARVALHAES; FERES JUNIOR, 2017)

Na área da saúde, a cor da pele denuncia o chamado racismo institucional, responsável pelas grandes diferenciações em pesquisas e cuidados relacionados às doenças predominantemente negras, como é o caso da anemia falciforme. O diagnóstico precoce tem papel central na abordagem dessa doença, no entanto a falta de conhecimento dos profissionais retarda o diagnóstico, bem como a estigmatização da população negra favorece que os sintomas sejam tratados como dependência química, aumentando os riscos de agravos e até de morte. (BRASIL, 2001)

A médica Jurema Werneck aponta, também, que a “saúde da mulher negra não é uma área de conhecimento ou campo de relevante nas Ciências da Saúde”. A autora, que é uma das mais importantes intelectuais e ativistas defensoras do SUS, afirma que salvo raríssimas exceções, a produção de conhecimento científico nessa área é inexpressiva. (WERNECK, 2016). Ademais, embora existam poucos estudos nacionais na área da saúde, desenvolvidos com base na variável raça/cor, nota-se a evidência de ocorrência de adoecimento e morte da população negra (SILVA, 2020), gerando uma reflexão sobre a importância em considerar a cor da pele como uma categoria social determinante na falta de equidade em saúde.

3.3 A saúde mental das mulheres negras

As mulheres negras nascem aprendendo que precisam ser fortes e são as que mais sofrem com as taxas de mortalidade materna. Desse modo, muitas vezes, não é utilizado analgésicos no parto justamente por serem reconhecidas por aguentarem mais dor do que comparado às mulheres brancas. No estado de São Paulo, verificou-se que dos 349 óbitos maternos ocorridos em 1999, predominaram os casos das mulheres pretas e pardas. Foi constatado, portanto, que a mortalidade materna das mulheres pretas era 6,4 vezes maior do que das brancas. Estes estudos demonstram que tais diferenças sejam decorrentes da falta de acesso ou qualidade precária à saúde da mulher negra. (BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, 2016)

Segundo a pesquisa Nascir, no Brasil verificou-se que 25% das mulheres ainda ficaram sem acompanhantes durante toda a internação para o parto. Nestes casos, onde a maioria encontra-se sem acompanhamento para realizar o parto, muitas recebem tratamentos diferenciados dentro do centro de saúde (DINIZ et al., 2014). Devido a isto, a exposição dessas mulheres à discriminação racial pode gerar altos níveis de estresse e adoecimento, dados do IBGE apontam que a maior prevalência de depressão pós-parto acontece com as mulheres pretas/pardas, isso nos leva aos fatores já referidos, além de desfechos negativos do recém-nascido, como por exemplo prematuridade, má-formação congênita, internação em UTI e óbito neonatal. (LEAL et al., 2017)

4 CONCLUSÕES

O presente estudo revela que as mulheres negras vivenciam, além da violência de gênero, a violência institucional provocada pelo racismo. A mulher negra traz na pele a marca e a herança histórica que a população absorveu da escravidão. Fica evidente, assim, a necessidade emergente do enfrentamento à discriminação institucional, desmistificando-a, a fim de reduzir essas desigualdades e promover a saúde da mulher negra, uma vez que os princípios éticos e organizacionais do SUS devem ser seguidos, combatendo quaisquer iniquidades existentes.

Ademais, torna-se imprescindível a realização de mais estudos a respeito do entendimento das mulheres negras no SUS, contribuindo para a inclusão do determinante raça/cor, bem como para a sensibilização e capacitação de profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. H. M. et al. Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2227-2236, 2020.

BELFORT, I. K. Pereira; KALCKMANN, S.; B., L. E. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 631-640, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CORDEIRO, A.M., et al. Revisão Sistemática – Uma revisão Narrativa. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007.

DAFLON, V. T.; CARVALHAES, F.; F. J., João. Sentindo na Pele: Percepções de Discriminação Cotidiana de Pretos e Pardos no Brasil. **Dados**, v. 60, n. 2, p. 293-330, 2017.

DINIZ, C. S. G.; et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional nascer no brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 140-153, 2014.

GOMES, H. M. S. "Acesso restrito" análise do racismo institucional em unidades de saúde pública em Crato-CE. 2016. 104 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

LEAL, M. do C.; et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 939-948, 2019.

PAIVA, A. **Conheça os impactos do racismo na saúde da população negra**. 2019. Edição por Karla Scarmigliat. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/impactos-do-racismo-na-saude-mental-da-mulher-negra/>>. Acesso em: 18 Out. 2020.

PINA, R.; RIBEIRO, R. **Nas maternidades, a dor também tem cor**: estereótipos de que negras são mais fortes e resistentes levam mulheres a sofrer com falta de analgesia no momento do parto. 2020. Disponível em: <<https://apublica.org/2020/03/nas-maternidades-a-dor-tambem-tem-cor/#Link>>. Acesso em: 18 out. 2020

SILVA, N. N. da; et al. Access of the black population to health services: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, 2018.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

ATENDIMENTO MECANIZADO: O HUMANIZADO NA PRÁTICA

BRUM, Alana Helbich; BARBIERI, Rodrigo

URI Erechim – alana_hbrum@hotmail.com – rbarbieripro@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O título desperta a curiosidade, mas está longe de encerrar sua dimensão na frase em si, assim como um paciente está longe de encerrar a extensão do seu problema na queixa principal. A expressão utilizada na epígrafe é uma provocação a reflexão sobre o Atendimento Humanizado na prática médica. Nesse sentido, a humanização é um termo que encontra sua raiz no campo do Humanismo, o qual permanece tentando compreender o homem e criando meios para se compreender uns aos outros (NOGARE, 1997 apud RIOS, 2008).

Sendo assim, é imprescindível a análise da importância da humanização nos atendimentos médicos uma vez que, segundo a OMS, ter saúde vai muito além da ausência de doenças, é preciso considerar o bem estar físico, mental e social. Logo, é necessário deixar explícito que o atendimento técnico mecanizado deve, de alguma maneira, ser controlado e, aos poucos, substituído por um contato mais abrangente entre médico e paciente.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho resulta de uma investigação teórica, de natureza qualitativa, realizada em periódicos, livros, artigos e endereços eletrônicos. Pauta-se por um questionamento central: por que o processo de humanização é necessário no contexto do desenvolvimento da área da saúde? Em outras palavras, este é o problema por nós evidenciado e que revela a necessidade de investigação, esclarecimentos e novas respostas junto à literatura.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Medicina, assim como as pessoas, tem história e o século XX, foi responsável pelo advento técnico da sua prática. Passou da escuta sensível e das mãos hábeis dos antigos médicos com suas maletas pretas de instrumentos investigativos do início do século passado, para o extenso repertório de exames complementares que escaneiam os pacientes de cima a baixo a procura de células tumorais. Naturalmente, esta trajetória teve seus efeitos colaterais: a mecanização do atendimento médico. Dessa maneira, o século XXI iniciou e a Academia tem se debatido em como resgatar o atendimento médico humanizado sem nem mesmo lembrar se ele existiu. Primeiramente, devemos registrar que sim, o atendimento médico humanizado sempre existiu.

Contudo, esse resgate tem sido feito na interface da Medicina com as demais áreas humanas como a Filosofia, Sociologia, Psicologia e a Psicanálise num movimento de integração do conhecimento com o objetivo de apreender a vasta dimensão do humano e é louvável que assim seja, na esteira da

Multidisciplinaridade. Tal movimento ocorre pelo fato dos estudos e pesquisas médicas se ocuparem, em grande parte, dos avanços tecnológicos e acabarem, de certa forma, por esquecer da Maleta Preta surrada das longas jornadas de trabalho clínico. Em estudos psicanalíticos, o substantivo humanizar se refere à subjetividade e à individualidade presentes no campo da saúde, significa admitir todas as dimensões humanas – históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas – e possibilitar escolhas conscientes e responsáveis (RIOS, 2008).

Considerando a importância da humanização do atendimento, a história da medicina também guarda preciosidades do trabalho médico humanizado dos tempos em que não se tinha nada além dos olhos, ouvidos, mãos e sensibilidade para compreender os pacientes. Resgatar extensas descrições clínicas desta época pode ser muito trabalhoso, mas tem seu efeito pedagógico: o trabalho obsessivo de investigação, como foi por exemplo, as detalhadas descrições de Karl Jaspers nos seus dois volumes do Psicopatologia Geral, as Obras Completas de Freud ou mesmo do nosso clássico Celso Porto no Compêndio de Semiologia.

Nesse sentido, ao se considerar a integralidade dos diversos aspectos humanos do cuidado, o profissional da saúde deve abrir mão de avaliar somente a doença, passando a cuidar do doente, da pessoa que está sofrendo. De fato, tal forma de tratamento está sendo cada vez mais estudada e praticada pelos terapeutas. A dificuldade existe, pois é perceptível que os avanços tecnológicos e as evoluções científicas não estão sendo acompanhadas por uma ascensão correspondente nas atribuições das relações interpessoais que acontecem no trabalho em saúde. Mas, embora haja dificuldade nessa transição de atitudes durante os atendimentos, Blasco (2011) corrobora ao afirmar que “o modo mais prático de perceber esta necessidade é observar as consequências que a sua ausência provoca.” Um atendimento humanizado pressupõe a união de um comportamento ético com conhecimento técnico e com a oferta de cuidados dirigidos às necessidades das pessoas (DEUS, 2015). Nesse âmbito, humanizar a relação médico-paciente exige do primeiro a capacidade de colocar-se no lugar do outro e de entender os seus problemas diante da sua realidade. Em outras palavras, é conseguir sentir aquilo que o paciente está sentindo e vivenciando e com isso realizar uma autoanálise com reflexões do tipo: “o que eu senti com o que ouvi?” e “o que eu estou sentindo sobre o que senti?”. Esses questionamentos são, por ora, fáceis de serem questionados, contudo, complexos para serem respondidos pois põe em voga a reação do profissional diante de tal caso que lhe fora confiado e expressado. A medicina é uma ciência que é arte e por isso consegue situar na mesma equação dimensões tão dispares, que aparentemente não se misturam (BLASCO; JANAUDIS; LEVITES, 2006 apud BLASCO, 2011). Isso quer dizer que muito daquilo que se pensava ser inerente ao ser humano, na verdade depende dele. Exemplo corriqueiro disso é a relação entre neurotransmissores, exercícios físicos e (mau ou bom) humor, entre ocitocinas inflamatórias, anti-inflamatórios e dor, entre hábitos alimentares e desconforto abdominal, entre outros. Por isso da relevância do profissional médico conseguir entender sobre a importância da humanização e, além disso, ter a capacidade de transferir esse cuidado diferencial àquele que vem procurar ajuda, envolvendo-o em todas as suas esferas e ampliando o olhar para que o paciente fique a par desse processo de responsabilidade que deve ter com sua saúde. Nesse contexto, a humanização é mais facilmente compreendida em um sentido relacional, ou seja, de uma forma interdisciplinar. As teorias da antropologia, psicologia, linguística e comunicação, entre outras disciplinas, deram uma pista: o princípio de toda a

humanidade é a palavra, a condição dos sujeitos que se comunicam (CASTRO et al., 2019). Ademais, é lícito ponderar que o termo humanização não se trata de um substantivo abstrato, concreto e de significado único, mas sim de uma natureza qualitativa na qual emerge das relações interpessoais que acabam sendo estabelecidas no domínio das relações médico-paciente e tem como base as características das condições humanas tais quais são apresentadas durante cada atendimento. Sendo assim, o processo de humanização pode ser interpretado e vivenciado de maneiras diferentes em uma mesma relação, diante das características subjetivas de cada indivíduo envolvido.

4 CONCLUSÕES

Não enxergamos o corpo humano como uma Pet Scan, mas nada sente melhor o ser humano do que ele próprio. Desenvolver a habilidade de sentir o sofrimento alheio, empatizar com ele sem nos defendermos, fugirmos ou negarmos nossos sentimentos despertados pelo encontro clínico, é uma condição básica para a prática do atendimento humanizado. Exercitar a capacidade emocional também.

Por fim, é no atendimento a pessoas que descobrimos nossas forças e a resiliência é o resultado desta prática. A construção de uma sociedade mais justa e equânime, inevitavelmente, passa pela nossa capacidade de sentir o que o outro sente.

REFERÊNCIAS

BLASCO, Pablo González. O humanismo médico: em busca de uma humanização sustentável da Medicina. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0034-7264&lang=pt>>. Acesso em: 27/10/2020.

DEUS, Adriana Diniz de. Atenção Integral ao Paciente. **Revista Puc Minas**, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <revista.pucminas.br/materia/atencao-integral-ao-paciente/>. Acesso em: 27 out. 2020.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, p. 235-261, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>> Acesso em: 27 out. 2020.

CASTRO, Laura Rueda et al. Humanizar la medicina: un desafío conceptual e actitudinal. **Revista Iberoamericana de Bioética**, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6934261/>>. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (2020, 03 de abril). Semana da Saúde 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1057-semana-da-saude-2020-cns-propoe-que-conselhos-intensifiquem-acoes-online-contra-o-desmonte-do-sus>> Acesso em: 27 out. 2020.



BASES NEURONAIS E RELAÇÕES DA PERCEPÇÃO E ATENÇÃO

SILVA, Gabriela da; ARPINI, Milena Paola; FERRAZ, Felipe Rigoli; FILHO, Daniel Sarni; NASCIMENTO, Vivianne Amanda do; RIGO, Naiane Ronsoni; CORREA, Marcio Silveira

URI Erechim - gabizdasilva7@gmail.com - milenarpini@hotmail.com -
066846@aluno.uricer.edu.br - danielsarnifilho1997@gmail.com -
vivianneamandda@gmail.com - naianeronsoni@hotmail.com - marciomdsc@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A percepção constitui a capacidade de associar informações sensoriais à memória e à cognição, influenciando na formação de conceitos e comportamentos; é dependente dos sentidos, mas difere deles, fenômeno conhecido por “constância perceptual” (LENT, 2010). Além disso, um de seus aspectos fundamentais é a estreita ligação que possui com os sentidos, dessa forma, pode-se falar em percepção visual, auditiva e somestésica, sendo que as primeiras etapas da percepção são exercidas pelos sistemas sensoriais (OLIVEIRA, 2013). Ainda, pode ser definida como o processo pelo qual selecionamos, organizamos e interpretamos estímulos, traduzindo-os em imagens coerentes e significativas (LAMB, 2012). Para os sentidos, cada posição de um mesmo objeto produz uma imagem visual diferente, porém, para a percepção, o objeto em questão é o mesmo (LENT, 2010).

No que diz respeito à atenção, é definida como a capacidade que o indivíduo possui de responder aos estímulos que são significativos; nesse processo, o sistema nervoso mantém um contato seletivo com as informações que, através dos órgãos sensoriais, chegam até ele. Dessa forma, o direcionamento da atenção depende diretamente do local para onde está sendo dirigida (LIMA, 2005). A partir das análises feitas em relação ao tema, organizou-se um resumo expandido, com o objetivo de explicar o tema.

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma revisão da literatura referente à área da neurociência, abrangendo o tópico de bases neuronais da percepção e atenção. A pesquisa teve como base o capítulo 17 do livro “Cem Bilhões de Neurônios? Conceitos fundamentais da neurociência”, intitulado como “Às portas da Percepção: as bases neurais da percepção e da atenção”, de Roberto Lent, além de artigos-apoio encontrados nas plataformas de busca do PubMed, Scielo e Google Acadêmico, publicados entre os anos de 2005 a 2017.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sabe-se que nas áreas de associação do lobo parietal são trabalhadas as informações somatossensoriais, resultantes dos estímulos corporais. No córtex frontal, as áreas de associação têm o papel de realizar funções executivas, com base nos sentidos subjetivos de ética e moral, participando ainda, com o córtex

temporal, do desempenho de funções como a da linguagem, que envolve vastas áreas de associação frontais e temporais que se estendem até o lobo occipital (GREENFIELD, 2012). As funções mentais são organizadas conforme regiões cerebrais que operam em conjunto, cada uma desempenhando determinada ação em um sistema funcional complexo. Consequentemente, quando alguma região cerebral é lesionada, pode ocorrer uma desintegração de todo o sistema funcional (MACEDO *et al.*, 2008).

A agnosia, por exemplo, constitui uma das desordens da percepção, sendo resultado de lesões no córtex cerebral – geralmente na região parietal e áreas 5, 7, 18, 28, 34, 36, 38 e 40 de Brodmann (LENT, 2010; DAMIANI, 2016). Os sintomas variam de acordo com a região atingida, podendo ser visuais, auditivos ou somestésicos; por exemplo, no caso de sintoma visual, o paciente conseguirá descrever objetos e pessoas, mas não será capaz de nomeá-los. Outra lesão conhecida é a acinetópsia, que está relacionada com um setor muito preciso do córtex, equivalente à área 19 de Brodmann (LENT, 2010; DAMIANI, 2016). Constitui a perda da percepção de movimento, sem qualquer outro distúrbio, ou seja, pacientes acometidos por essa desordem conseguem, por exemplo, perceber o surgimento de um carro na rua, mas não são capazes de captar que ele está em movimento. Acredita-se, ainda, que estruturas como o núcleo pulvinar (tálamo) e o campo ocular frontal também estejam associadas à modulação da percepção, sendo que lesões nessas áreas acarretam em alterações nesse sentido (LENT, 2010).

Sobre a percepção espacial, sabe-se que mais de uma via da percepção é ativada quando se trata de reconhecimento de objetos: a via ventral, que é ativada de forma semântica, permitindo o reconhecimento da forma do objeto, e a via dorsal, que funciona de forma pragmática, culminando na identificação espacial da forma e lugar onde o mesmo se encontra, além de emitir impulsos que orientam os movimentos para pegá-lo. As áreas parietais posteriores são as responsáveis por associar o reconhecimento aos movimentos, devido à junção de fibras advindas das regiões motoras, somestésicas e visuais. Pacientes que apresentam lesão no córtex parietal, principalmente no hemisfério direito, sofrem com a chamada Síndrome da Indiferença, um distúrbio da percepção espacial (via dorsal) caracterizado pela negligência de tudo que existe à esquerda (dos objetos, dos lugares, do corpo), não detectando nada à esquerda do eixo de simetria bilateral (LENT, 2010).

Do mesmo modo, a percepção auditiva também ativa duas vias paralelas. A via auditiva ventral, que conduz informações entre a área auditiva primária e outras regiões do córtex temporal, identificando tons, timbres e estruturas sonoras e a via auditiva dorsal, que envia informações para outras áreas no córtex frontal, incluindo áreas motoras, sendo responsável pela percepção de ritmos e análises temporais dos sons. Nesse tipo de percepção, há uma conexão íntima entre as áreas motoras e de processamento auditivo (BEAR, 2017).

Além disso, há dois tipos de vias da percepção coexistentes, sendo eles: vias sequenciais hierárquicas e paralelas. As vias sequenciais partem de uma série de receptores, os quais captam informações mais simples e, à medida em que esses neurônios se conectam, geram uma informação mais complexa; logo, informações mais complexas são necessárias para estimular os neurônios seguintes. Através das vias paralelas, a informação proveniente do mundo externo ou do próprio corpo é segmentada e distribuída em subsistemas encarregados de analisar cada atributo específico, não confluindo, então, em uma via final única (LENT, 2010).

Em relação à atenção, sabe-se que, para que seja ativada, é necessário que o corpo esteja em um estado de vigília, ou seja, que possua subsistência de

determinado tônus cortical, sendo que a formação reticular no tronco encefálico é responsável por manter o tono cortical de vigília e a reação de alerta, essenciais para haver o mecanismo da atenção, fazendo parte da seleção de estímulos e interação com o meio. Outras estruturas relacionadas são o córtex límbico e a região frontal, responsáveis pelo reconhecimento seletivo de um estímulo e pela inibição das respostas a estímulos irrelevantes (LIMA, 2005; GONÇALVES 2012). Ainda, os tipos de atenção incluem: 1) atenção seletiva, vista como a capacidade de focar em determinado estímulo; 2) atenção sustentada, na qual há manutenção do foco em um estímulo para realizar determinada tarefa; 3) atenção alternada, em que se alterna o foco atencional de um estímulo para o outro (LIMA, 2005).

A atenção explícita, por sua vez, é automática e está diretamente relacionada com estímulos de fixação visuais, todos atrelados aos movimentos oculares, que prendem em determinados objetos. Já a atenção implícita tende a ser um processo voluntário, que se relaciona com a visão periférica e o reconhecimento e processamento de formas e cores específicas. Essas áreas da atenção utilizam o mecanismo da percepção seletiva, o qual ocorre tanto em áreas somestésicas, quanto associativas, decorrente da facilitação de respostas neuronais, ou seja, as respostas dos impulsos corticais selecionam determinado objeto ou espaço para ser o centro da atenção, ignorando os demais estímulos advindos do ambiente (LENT, 2010).

A percepção constitui a capacidade de perceber nossos sentidos, sendo um mecanismo capaz de focar e evidenciar as informações mais relevantes, seja quando associada à memória, cognição ou à atenção. Assim, está intimamente atrelada à atenção, uma vez que, para que a percepção seja otimizada, é preciso dos mecanismos de focalização dos canais sensoriais para realizar a ativação de determinadas vias (LENT, 2010).

4 CONCLUSÕES

A presente pesquisa nos permite evidenciar que o binômio atenção-percepção está diretamente ligado e, ainda, que suas funções se tornam fundamentais para o desenvolvimento saudável e adequado das operações mentais. Portanto, os estudos clínicos e pesquisas das bases neurais da percepção e atenção possibilitam a compreensão sobre como as informações se processam em nosso sistema nervoso e como surgem e se manifestam as patologias neste contexto. Considerando a conexão e complexidade dos campos da percepção e atenção, lesões ocorridas em certas áreas do córtex cerebral e como essas afetam o comportamento e a forma de ver/sentir/compreender/vivenciar o mundo em nossa volta, percebe-se a relevância do assunto para a neurociência.

REFERÊNCIAS

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neurociências: Desvendando o sistema nervoso**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

DAMIANI, D.; NASCIMENTO, A. M.; PEREIRA, L. K. Funções corticais cerebrais - o legado de Brodmann no século XXI. **Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia**, 2016.

GONÇALVES, L. A.; MELO, S. R. A base biológica da atenção. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 13, n. 1, p. 67-71, jan./abr. 2009.

LAMB, C. W., HAIR, J. F.; MCDANIEL, C. **Marketing**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios? Conceitos Fundamentais de Neurociência**. 2 ed.. São Paulo: Atheneu, 2010.

LIMA, R. F. Compreendendo os mecanismos atencionais. **Ciências & Cognição**, v. 6, p. 113-122, 2005.

MACEDO, A. S.; CAMPOS, D.; BORGES, G.; GONÇALVES, V. M. G. O conceito de sistema neurofuncional aplica-se à percepção das faces? **Revista Neurociências**, n. 16, v. 4, p. 316-321, 2008.

OLIVEIRA, A. O., MOURÃO-JÚNIOR, C. A. Estudo teórico sobre percepção na filosofia e nas neurociências. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, n. 2, v. 5, p. 41-53, 2013.

CÂNCER DE MAMA TRIPLO NEGATIVO: RELATO DE CASO

DE CESARO, Bruna; KAUTZ, Luma Girardi; CENI, Paola Wozniak; SCHNEIDER, Amanda Peracchi; Marsarotto, Rafael; Sartori, Juliano.

URI Erechim – brunaalbierodecesaro@gmail.com - luma.kautz@hotmail.com - paolaceni@hotmail.com - amanda_peracchi@hotmail.com – rafaelmarsarotto@gmail.com – jsartori@uricer.edu.br

1. INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de mama é a neoplasia maligna que mais acomete as mulheres, não levando em consideração os tumores de pele não melanoma. Há uma grande variedade histológica e molecular dos carcinomas de mama, sendo o carcinoma ductal infiltrante não especificado representa a maioria dos casos, representando de 70 a 80% (LAKHANI, 2012).

O subtipo molecular de câncer de mama conhecido como triplo negativo, destaca-se pelo seu comportamento agressivo e pela grande recorrência precoce, quando comparado com as outras formas neoplásicas (PEROU, 2011). Essa forma é responsável por 10 a 15% dos cânceres de mama (ONCOGUIA, 2020). O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão sobre o câncer de mama triplo negativo a partir de um relato de caso.

2. METODOLOGIA

Este trabalho está fundamentado numa pesquisa documental a partir de dados de registro primário de um caso clínico de uma paciente em um centro de oncologia da região norte do Rio Grande do Sul. Os autores obtiveram do paciente a autorização prévia para o relato. O embasamento deste relato contou com revisão bibliográfica de artigos em inglês e português, publicados entre 2004 e 2020 nas plataformas digitais Pubmed, Scielo, Google Acadêmico e sites do INCA (Instituto Nacional de Câncer).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente, feminina, 81 anos, branca, procedente da região Norte do Rio Grande do Sul, foi diagnosticada com carcinoma ductal invasor de mama esquerda em 2013. Na ocasião realizou setorectomia esquerda com esvaziamento linfático axilar. O tratamento pós operatório adjuvante consistiu em quimioterapia com protocolo AC-T (doxorrubicina 60mg/m² + ciclofosfamida 600mg/m² 4 ciclos) + (docetaxel 100mg/m² 4 ciclos) no período de 09/2013 a 02/2014 e radioterapia com 50,4Gy em 04/2014. Após, em seguimento para monitorar recidivas e metástases, apresentou em 02/2020 quadro de tosse e foi evidenciado lesão pulmonar em topografia de linfonodos mediastinais direito. Realizado biopsia que confirmou metástase de carcinoma de mama perfil molecular triplo negativo. Em 03/2020 iniciou protocolo de quimioterapia com eribulina 1,4mg/m² com melhora da

sintomatologia respiratória. Em 08/2020 realizou radioterapia 30 Gy sobre a lesão pulmonar. Atualmente segue em quimioterapia paliativa com o mesmo protocolo estando assintomática e sem toxicidade secundária ao tratamento.

O câncer triplo-negativo desenvolvido pela paciente é caracterizado por não possuir expressão de receptores de estrogênio, progesterona e HER-2 na imuno-histoquímica (PEROU, 2011; BARROS, 2015). Quanto ao tipo histológico, o carcinoma ductal invasor é formado a partir das células dos ácinos mamários e, por sua característica invasora, infiltra-se e destrói tecidos adjacentes (ROBBINS, 2016).

O estadiamento do câncer é realizado para auxiliar na seleção do tratamento adjuvante e prever o prognóstico do paciente. A classificação da paciente em 2013, era IIB (T2N1M0). O T2 (tamanho do tumor) representava um tumor de 3,0 cm. O N1 porque apresentava acometimento de 6 linfonodos regionais. O M0 pois não havia metástases (UICC). Quando ocorreu a presença de metástase, após 54 meses de sobrevida livre de doença, foi reclassificado o estadiamento em M1, mudando o TNM para estágio IV, correspondente a um tumor mais avançado e de prognóstico mais reservado (ONCOGUIA, 2020).

A paciente apresentava um alto grau (III) na escala de Nottingham, que mede a proliferação e grau histológico. A classificação III está relacionada a células pouco diferenciadas e com maiores taxas de mitoses (EISENBERG, 2004). O Ki-67 é um marcador expresso em fases de proliferação celular e a paciente tinha um escore de 70%. Um alto índice de proliferação (>14%), designa um tumor em fases proliferativas, apresentando, na maioria das vezes, um câncer com alta malignidade e pior prognóstico (EISENBERG, 2004; KURSHMLIU et al., 2014).

A invasão angiolinfática também estava presente na paciente e refere-se ao acometimento de vasos peritumorais, indicando uma maior probabilidade de metástases e acometimento linfonodal axilar (AQUINO et al., 2017). Como a paciente não apresentava pesquisa para mutação da P53 e dos genes BRCA 1 e 2, não é possível fazer relações com essas alterações do ciclo celular.

Os cânceres de mama triplo-negativos têm as opções de tratamento limitadas, pois suas células cancerígenas não têm receptores de estrogênio ou progesterona ou quantidade suficiente da proteína HER2 para responder a hormonioterapia ou para terapia alvo. Esse câncer tende a responder bem à quimioterapia inicial, porém o reaparecimento é mais frequente que em outras classificações (AMC, 2020).

As drogas da quimioterapia comumente usadas são antraciclinas, taxanos, capecitabina, gencitabina e eribulina. O câncer avançado produz a proteína PD-L1, encontrada em 20% desses cânceres, e pode ser tratado primeiro com o medicamento de imunoterapia atezolizumabe junto com Abraxane. Para os que já metastizaram para outra parte do corpo após pelo menos dois outros tratamentos terem sido tentados, o conjugado de anticorpo droga sacituzumabe govitecan-hziy pode ser uma opção (AMC, 2020).

A imunoterapia é uma forma inovadora de tratamento para o câncer de mama triplo-negativo e vem demonstrando benefícios clínicos evidentes utilizando uma droga anti-PD-L1, levando a maior sobrevida em pacientes que expressam a proteína (KATZ, 2016). No Brasil, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) aprovou em 2019 o primeiro tratamento de imunoterapia para câncer de mama do Brasil, a medicação atezolizumabe.

Além disso, independentemente do estágio do câncer, a participação em um ensaio clínico de novos tratamentos para esse tipo de câncer também é uma boa opção, porque ele é raro e tende a ter um prognóstico ruim em comparação com

outros cânceres de mama. Esses estudos também costumam permitir que os pacientes tenham acesso a medicamentos não disponíveis para o tratamento padrão (AMC, 2020).

4. CONCLUSÕES

O câncer de mama triplo negativo é responsável por 10 a 15% dos cânceres de mama, de forma que seu estadiamento é fundamental para a escolha do melhor tratamento e o prognóstico do paciente, assim como a escala de Nottingham (ONCOGUIA, 2020; EISENBERG, 2004). O tratamento para o câncer de mama triplo negativo é limitado, sendo a quimioterapia a escolha inicial e a imunoterapia vem demonstrando benefícios clínicos evidentes; ademais, cirurgia e radioterapia também podem ser opções de terapêutica (AMC, 2020; KATZ, 2016).

Portanto, ressalta-se a importância do conhecimento histológico e imuno-histoquímico do câncer de mama triplo negativo, bem como o tratamento ideal e prognóstico do mesmo, para, assim, proporcionar melhor sobrevida para o paciente, bem como melhor qualidade da mesma.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Treatment of Triple-negative Breast Cancer.**

Atlanta: 2020. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/treatment-of-triple-negative.html#written_by>. Acesso em: 29 out. 2020.

AQUINO, R. G. F. et al. Carcinoma ductal invasor: relação de características anatomopatológicas com a presença de metástases axilares em 220 casos. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro: Mar./Apr. 2017.

BARROS, A. C. S. D.; LEITE, K. R. M. Classificação molecular dos carcinomas de mama: uma visão contemporânea. **Rev. Bras.Mastologia.** São Paulo. V 25(4), 146-55, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Imunoterapia para câncer de mama é aprovada pela Anvisa: para pacientes com câncer raro, o triplo-negativo. São Paulo: jul. 2019. Disponível em: <<http://www.crfsp.org.br/noticias/106777-imunoterapia-para-c%C3%A2ncer-de-mama-%C3%A9-aprovada-pela-anvisa.html>>. Acesso em: 29 out. 2020.

EISENBERG, A.L.A. **Sobrevida de cinco anos para pacientes com carcinoma ductal infiltrante de mama sem comprometimento de linfonodos axilares.**

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **A situação do câncer no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informações.** Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, RJ, 2019. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

KATZ, A. **Câncer de mama triplo-negativo pode vir a se beneficiar da imunoterapia como tratamento.** São Paulo: 2016. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/cancer-mama-triplo-negativo-imunoterapia-tratamento.aspx>>. Acesso em: 29 out. 2020.

KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; ASTER, J.C. **Robbins e Cotran Patologia: Bases patológicas das doenças.** 9ª edição. Elsevier, Rio de Janeiro, 2016.

KURSHUMLIU, FISNIK; et al. Classification of patients with breast cancer according to Nottingham Prognostic Index highlights significant differences in immunohistochemical marker expression. **World Journal of Surgical Oncology.** 2014.

LAKHANI, S. R. (ed.). WHO Classification of Tumours of Breast. **International Agency for Research on Cancer.** Geneve: 2012.

ONCOGUIA. **Câncer de mama triplo negativo.** 2020. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-de-mama-triplonegativo/13793/34/#:~:text=O%20c%C3%A2ncer%20de%20mama%20triplo,n%C3%A3o%20produzem%20a%20prote%C3%ADna%20HER2>>. Acesso em 26 out. 2020.

ONCOGUIA. **Estadiamento do Câncer.** 2020. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento/4795/1/>>. Acesso em 25 out. 2020.

POLYAK, K. Breast cancer: origins and evolution. **The Journal of clinical investigation**, v. 117,11, p.3155-3163, nov., 2007.

SILVA, J. L. et al. **Triple negative breast cancer: A thorough review of biomarkers.** Elsevier, v. 145. Jan, 2020.

CARACTERÍSTICAS E PERFIL GESTOR DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA 11ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE/RS

**BOURCKHARDT, Taina da Rosa; WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk;
BIGOLIN, Sergio**

URI Erechim – taina@vivaldi.net – msalete@uricer.edu.br – bigolin@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 90, a descentralização do setor de saúde no país tornou favorável o surgimento de novos arranjos institucionais, como a promoção de ações intersetoriais, diminuição da fragmentação das ações e fortalecimento de parcerias com outros níveis de governo e gestões de outros municípios. Dada a notória complexidade da gestão pública do SUS, muito se discute acerca de temas diversos, como a organização da assistência à população, principais agravos de saúde para cada território, distintos perfis profissionais e de gestão e até mesmo a capacidade de formação de recursos humanos, questões estas singularizadas nos diferentes tamanhos populacionais (MELLO *et al.*, 2017).

Este trabalho tem caráter inédito principalmente em relação à abrangência do cenário do estudo, uma vez que conseguiu atingir um número expressivo de secretários(as) municipais de saúde, tendo representado todos os municípios componentes da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (vide “2. METODOLOGIA”). A importância desta investigação também é evidenciada ao considerarmos o compromisso social do curso de Medicina da URI Erechim em contribuir para o fortalecimento da rede de saúde municipal e da região em que se insere.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como estudo exploratório-descritivo-narrativo, quantitativo, transversal e de levantamento de dados do tipo *survey*. As informações aqui apresentadas foram obtidas por meio da pesquisa “Perfil e demanda profissional médica nos municípios de abrangência da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS” que, atualmente, encontra-se em fase de análise de dados.

O projeto de pesquisa contou, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a participação dos 33 Secretários Municipais de Saúde das cidades que compõem a 11ª CRS/RS, sendo estas: Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebango, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Nonoai, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, Rio dos Índios, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios e Viadutos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 33 municípios componentes da 11ª CRS/RS (vide “1. Introdução”), a idade média dos Secretários Municipais de Saúde é de 45 anos, com tempo médio de atuação no cargo de 4,1 anos. O sexo predominante é o feminino, com 18 mulheres (54,5%) e 15 homens (45,4%).

Evidencia-se que a maioria dos gestores está situada na faixa etária acima de 41 anos de idade (60,6%), tal fato vislumbra que o cargo é ocupado por pessoas mais experientes. Há uma relação direta entre idade e tempo de experiência no cargo de gestão em saúde: quanto maior o tempo de gestão, maior também a idade. Os resultados também apontaram para a tendência crescente da presença feminina na gestão SUS, o que já vem sendo observado há alguns anos com crescimento progressivo. Segundo o estudo de Boniatti (2012), que contou com a participação de 25 secretários municipais de saúde da 11ª CRS/RS, em 2012 o cargo era majoritariamente ocupado por homens (76%).

A literatura sobre a força de trabalho na saúde aponta para a ocorrência do fenômeno da feminização em todos os postos envolvidos na produção do cuidado aos indivíduos. Estimativas do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2019), com base em dados do IBGE, indicam que mulheres representam 65% dos mais de seis milhões de profissionais atuantes no setor público e privado de saúde, em todos os níveis de complexidade da assistência.

De todos os secretários entrevistados, 11 indicaram possuir formação em Enfermagem (nível técnico ou superior), 5 graduados em Serviço Social e 1 graduado em Medicina, enquanto 16 referiram não possuir titulações relacionadas à área da saúde. Ainda que as reformas de diretrizes curriculares instituídas na primeira década de 2000 para todos os cursos da saúde preconizem a formação de competências e habilidades relacionadas com a gestão pública da saúde, o percentual encontrado de profissionais com formação na área mostrou-se relativamente pequeno (COSTA *et al.*, 2018).

Cabe pensar nos desafios que estão postos para os gestores do SUS, uma vez que a sua prática cotidiana é permeada por constantes mudanças da legislação da saúde, diferentes interesses e espaços de decisão, formais e informais e pelas crescentes demandas. Partindo da hipótese que muitas dessas profissões – 48% dos participantes da pesquisa – não têm em seus currículos de graduação conteúdos relacionados à saúde, pode-se pressupor que esses gestores tenham maiores dificuldades de compreender os processos de trabalho pelos quais estão responsáveis (VENDRUSCOLO *et al.*, 2016).

Tendo em vista que os municípios pesquisados, com exceção de três, possuem características demográficas bastante semelhantes, não surpreende que 24 destes apresentem somente uma Unidade Básica de Saúde (UBS), salvo Estação e Charrua que contam com duas, Marcelino Ramos, Nonoai e Benjamin Constant do Sul, que possuem três, Getúlio Vargas com cinco e Erechim doze. O maior número de equipes Estratégia Saúde da Família, 18, também é encontrado em Erechim, seguido de Getúlio Vargas, com 5. As demais cidades possuem uma ou duas equipes (conforme Tabela 1, Apêndice).

Há unanimidade entre as Secretarias Municipais de Saúde de que o referenciamento regional de pacientes é o município de Erechim, especialmente para a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, que presta serviços de assistência à saúde da população como Hospital Geral de Referência Regional para o Sistema Único de Saúde, abrangendo atualmente 33 municípios da R16. Possui

serviços de alta complexidade em Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Vascular, terapia renal substitutiva e transplante de córnea, atendendo municípios pertencentes a 11ª, 15ª e 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde, perfazendo uma população de 600.000 habitantes.

Estes também associam a preponderância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ao processo de envelhecimento de suas populações. Tal constatação é validada ao observarmos o panorama estadual dado que, segundo o Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (FGV SOCIAL, 2020), o Rio Grande do Sul é o segundo Estado com o maior número de idosos no país, correspondendo a 12,95% da sua população. O aumento da longevidade da população trouxe consigo um acréscimo não apenas em incidência e prevalência, mas também da mortalidade por DCNT, tais como doenças cardiovasculares e neoplasias. Assim, faz-se imprescindível que as políticas públicas de saúde regionais contemplem as peculiaridades étnicas, culturais e biológicas para que a população possa envelhecer com qualidade de vida.

Também foram questionadas quais as principais demandas ou carências enfrentadas pelos municípios, ao que a maioria dos secretários apontou o subfinanciamento crônico do SUS como um obstáculo para a estruturação e funcionamento dos serviços municipais. As três esferas de governo partilham da responsabilidade sobre o financiamento, entretanto, os gestores referem que os municípios estão aplicando recursos cada vez maiores frente à dificuldade de assumir a gestão plena da atenção básica e do sistema, decorrente do descumprimento ou cumprimento parcial do que é o estabelecido para estados e união. O decréscimo da participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública diminui o papel exercido pelo governo federal na determinação da política de saúde e aumenta a responsabilidade dos municípios, o que é compatível com a crescente preocupação dos gestores municipais (ARCARI, 2020).

4 CONCLUSÕES

O perfil dos gestores municipais, no que tange seu grau de escolaridade e sexo, tem apresentado mudanças no decorrer do tempo que foram confirmadas neste estudo. Os resultados mostram que a evolução nas demandas da gestão pode estar elevando o grau de exigência no processo de trabalho do gestor, fato que possivelmente esteja relacionado com a escolaridade dos secretários que em sua maioria tinha curso superior. Também se obteve por meio dessa análise resultados surpreendentes na representatividade feminina no cargo, o que mostra que as mulheres estão, paulatinamente, fazendo-se representar no cenário da gestão pública brasileira.

Ficou evidente no território estudado que a sobrecarga financeira assumida pelos municípios relacionada ao gasto total em saúde, a carência de profissionais especialistas e a consequente insuficiente/inexistente oferta de consultas em várias especialidades, bem como a dependência do setor privado, impõe entraves no acesso aos serviços de média complexidade. Outro fator que contribui para o problema em questão é o crescente distanciamento das instâncias federal e estadual de suas atribuições, tanto no que diz respeito ao financiamento quanto à gestão do sistema, especialmente em relação à regionalização.

REFERÊNCIAS

MELLO, Guilherme Arantes *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, abr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401291&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>.

BONIATTI, Josiane. **Análise do perfil sócio profissional dos gestores do SUS da região do Alto Uruguai**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Novo Hamburgo, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67758/000870604.pdf?sequence=1>. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

ARCARI, Janete Madalena *et al.* **Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 407-420, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>. Acesso em: 23 jun., 2020. Epub 03-Fev-2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* **Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde**. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0768>. Acesso em 21 out. 2020. Epub 10-Jun-2016.

FGV SOCIAL. **Onde estão os idosos?** Conhecimento contra o Covid-19. Centro de Políticas Sociais da Fundação Getulio Vargas. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://cps.fgv.br/covidage> Acesso em: 23 de outubro de 2020.

COSTA, Dayane Aparecida Silva *et al.* **Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular**. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>. Acesso em: 29 Out. 2020.

CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL: EXPLORAÇÃO FISIOPATOLÓGICA

**SIMIONATO, Maria Carolina; SILVA, Isadora Cristina da; CAVALLI, Daniela,
WILK, Adriana Elisa.**

URI Erechim – isadora_cristina_s@hotmail.com - m.carolsimionato@gmail.com
– danielacavalli@yahoo.com.br - adrianawilk@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A pele é o maior e mais externo órgão do corpo humano, sendo responsável por funções imprescindíveis para a manutenção da homeostasia do organismo. Histologicamente, a pele é dividida em três camadas principais – epiderme, derme e hipoderme; a epiderme, camada mais superficial, constitui-se de um epitélio estratificado pavimentoso queratinizado e divide-se em cinco camadas: basal, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea (JUNQUEIRA, 2013).

As células de Merkel se localizam na camada basal, sendo mais significativas em quantidade nas palmas das mãos e plantas dos pés (JUNQUEIRA, 2013). Elas encontram-se apoiadas na membrana basal, prendem-se aos queratinócitos por meio de desmossomos e possuem íntima relação com o sistema nervoso central, uma vez que se ligam a fibras nervosas aferentes, tendo função mecanorreceptora e neuroendócrina. (ROBBINS, 2016).

O carcinoma de células de Merkel (CCM) é um tumor raro e altamente agressivo de origem cutânea neuroendócrina (CARNEIRO, et al., 2013), sendo letal em 33% dos casos, apresentando prognóstico pior que o melanoma (UCHOA et al., 2017). É encontrado principalmente em indivíduos da raça branca e de idade avançada e tem ampla relação com a exposição solar, sendo mais comum em regiões de cabeça e pescoço. A fisiopatologia do CCM não está totalmente compreendida, mas sabe-se que é de origem multifatorial, envolvendo fatores genéticos, moleculares e ambientais (COGGSHALL et al., 2017.).

O carcinoma de células de Merkel corresponde a menos de 1% dos tumores malignos de pele (LLOMBART, et al., 2017), entretanto o número de casos diagnosticados da doença vem aumentando significativamente nos últimos 30 anos (COGGSHALL, et al., 2017), graças ao avanço das técnicas diagnósticas de imuno-histoquímica e ao aumento da conscientização sobre cânceres de pele (LLOMBART, et al., 2017). Dessa forma, torna-se oportuno aprofundar os estudos referentes ao tema entre estudantes de medicina, incluindo o CCM entre o diagnóstico diferencial das lesões cutâneas.

Assim, essa revisão de literatura tem como objetivo compilar conceitos e dados já estabelecidos acerca do tema, que servirão como referencial teórico para um estudo de caso em futuro próximo, cuja observação está em andamento.

2 METODOLOGIA

Nesta revisão de literatura, utilizou-se de diferentes construções literárias para fundamentar o tema “Carcinoma de Células de Merkel”, além dos livros-texto de histologia e fisiopatologia, foram revisados artigos relacionados ao assunto publicados nos últimos doze anos.

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. Utilizou-se como palavras-chave “célula de Merkel”, “carcinoma” e “câncer de pele”.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Está posto que o carcinoma de células de Merkel é um tipo raro de tumor, porém, o aumento de sua incidência nos últimos anos (COGGSHALL, et al. 2017) subsidia a hipótese de que este título se dê pelo seu subdiagnóstico. Dessa forma, conhecer a fisiopatologia do tumor torna-se fundamental para se firmar diagnósticos precoces e assertivos deste tipo de câncer.

Em relação à patogenia da doença, a associação do CCM com a exposição à radiação UV está amplamente descrita na literatura (COGGSHALL, et al. 2017), por isso, não nos ateremos tanto a ela nesta revisão, dando espaço a outros fatores etiológicos relacionados, como a imunossupressão e a recente descoberta do polyomavírus de células de Merkel (UCHOA et al., 2017)

No que tange a imunossupressão, pesquisas mostram uma maior incidência de CCM em indivíduos imunocomprometidos, principalmente portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), além de transplantados (coração e rins) e pacientes em tratamento de radioterapia e quimioterapia ou que fazem uso de imunossupressores como a azatioprina, ciclosporina, ciclofosfamida e inibidores mTOR. A apresentação do CCM nesses pacientes se dá, geralmente, em mais tenra idade e curso clínico mais agressivo (LLOMBART et al., 2017).

Ainda, no ano de 2008 houve última grande descoberta sobre o carcinoma de células de Merkel, que foi a descrição do polyomavirus de células de Merkel (VCM) no genoma das células tumorais. Estudos posteriores confirmaram a presença do vírus em mais de 80% dos casos de CCM (LLOMBART et al., 2017), dados que podem ser importantes para o diagnóstico diferencial do CCM com outras neoplasias de pele (UCHOA, et al. 2017). Ainda assim, o mecanismo de oncogênese do VCM permanece desconhecido (COGGSHALL et al., 2017).

O carcinoma de células de Merkel, em geral, manifesta-se como um nódulo firme, vermelho-azulado, indolor e de rápido crescimento (ALMEIDA et al., 2012), como mostra a figura 01. Os achados clínicos mais característicos são resumidos pelo acrônimo “AEIOU” proposto por Heath et al. (2008), cujas manifestações são: (1) ausência de sintomas (assintomático)/sem sensibilidade; (2) expansão rápida da lesão; (3) imunossupressão; (4) idade maior que 50 anos (do inglês, “old”); e (5) lesão em pele clara exposta a radiação ultravioleta (UV). Apesar dessas descrições, o CCM pode apresentar uma “aparência clínica variável e inespecífica” (UCHOA et al., 2017), sendo pouco suspeitado antes da biópsia da lesão.

No que concerne às decisões terapêuticas para manejo dos pacientes com CCM, Becker et al. (2017) propõem um fluxograma simplificado para avaliação e tratamento do carcinoma primário de células de Merkel (ANEXO A). Pode-se observar com relação ao tratamento sistêmico do CCM que, embora a agressividade desta patologia, além da abordagem cirúrgica e radioterápica inicial para doença localizada e localmente avançada (BECKER et al., 2017), existe um promissor

cenário com o uso de imunoterapia, particularmente inibidores de check-point como anticorpos anti-PD1 e anti-PDL-1 na doença metastática, sendo que o anticorpo avelumabe (anti- PDL-1) mostrou resultados efetivos no controle global da doença no estudo JAVELIN de 33% em 12 meses, com duração de resposta de 74% por pelo menos um ano (KAUFMAN et al., 2018).

Figura 01 - Apresentações clínicas de CCM.



a. Nódulo cutâneo-subcutâneo na pele exposta ao sol de uma idosa. b. Grande tumor parcialmente ulcerado na pele exposta ao sol de um idoso. c. Tumor cutâneo pequeno na coxa de uma mulher imunossuprimida. d. Metástases em satélite na testa de uma idosa. e. Metástases “em trânsito” no rosto de uma mulher imunocomprometida. f. Múltiplas metástases cutâneas à distância nas costas de uma mulher.

Fonte: Becker et al. (2017).

Quanto ao prognóstico, o CCM, se diagnosticado tardiamente, é mais desfavorável que o do melanoma por se tratar de um tumor de crescimento rápido (UCHOA et al., 2017). Logo, diagnóstico precoce e tratamento adequados são imprescindíveis. Apesar de agressivo, observam-se metástases linfonodais em aproximadamente 20% dos pacientes e metástases à distância em apenas 5% dos casos. Quando metástase, O CCM atinge principalmente “pele (13%), nódulos linfáticos (27%), fígado (13%), pulmão (10%), osso (10%) e cérebro (6%)” (UCHOA et al., 2017).

4 CONCLUSÕES

Levando em consideração os dados aqui expostos, concluímos que, embora menos frequente que outras neoplasias cutâneas, o CCM é uma patologia de origem multifatorial e deve ser lembrado como possibilidade de diagnóstico diferencial na abordagem de lesões cutâneas em indivíduos adultos (BECKER et al., 2017). Seu diagnóstico precoce, bem como adequado manejo tem um grande impacto na sobrevida dos pacientes, muito embora, agentes antineoplásicos de última geração

(inibidores de check-point), têm mostrado promissores resultados para o tratamento da doença metastática (NCCN, 2019).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.W.R.; LOPES, C.C.; ALMEIDA JÚNIOR, H.L.; COSTA, L.E. **Carcinoma de células de Merkel em extremidade inferior**. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet], 2012; 39(2). Disponível em: <<http://www.scielo.br/rcbc>>. Acesso em 26 set. 2020.

BECKER, Jürgen C.; STANG, Andreas; DECAPRIO, James A.; CERRONI, Lorenzo; LEBBÉ, Celeste; VENESS, Michael; NGHIE, Paul. **Merkel cell carcinoma**. Nat Rev Dis Primers (2017). 3:17077.

CARNEIRO, Coracy et al. **"Carcinoma de células de Merkel: apresentação clínica, fatores prognósticos, tratamento e sobrevida de 32 pacientes."** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica 28.2 (2013): 196-200.

COGGSHALL, KATHLEEN, et al. **"Merkel cell carcinoma: an update and review: pathogenesis, diagnosis, and staging."** Journal of the American Academy of Dermatology 78.3 (2018): 433-442.

HEATH, M.; JAIMES, N.; LEMOS, B.; MOSTAGHIMI, A.; WANG, L.C.; PEÑAS, P.F.; NGHIE, P. **Clinical characteristics of Merkel cell carcinoma at diagnosis in 195 patients: the AEIOU features**. Journal of the American Academy of Dermatology (2008) Mar; 58(3):375-81. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18280333/>>. Acesso em 26 set. 2020.

JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa. **Histologia básica I L.C.Junqueira e José Carneiro**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

KAUFMAN et al. **Updated efficacy of avelumab in patients with previously treated metastatic Merkel cell carcinoma after ≥1 year of follow-up: JAVELIN Merkel 200, a phase 2 clinical trial**. Journal for ImmunoTherapy of Cancer (2018) 6:7.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

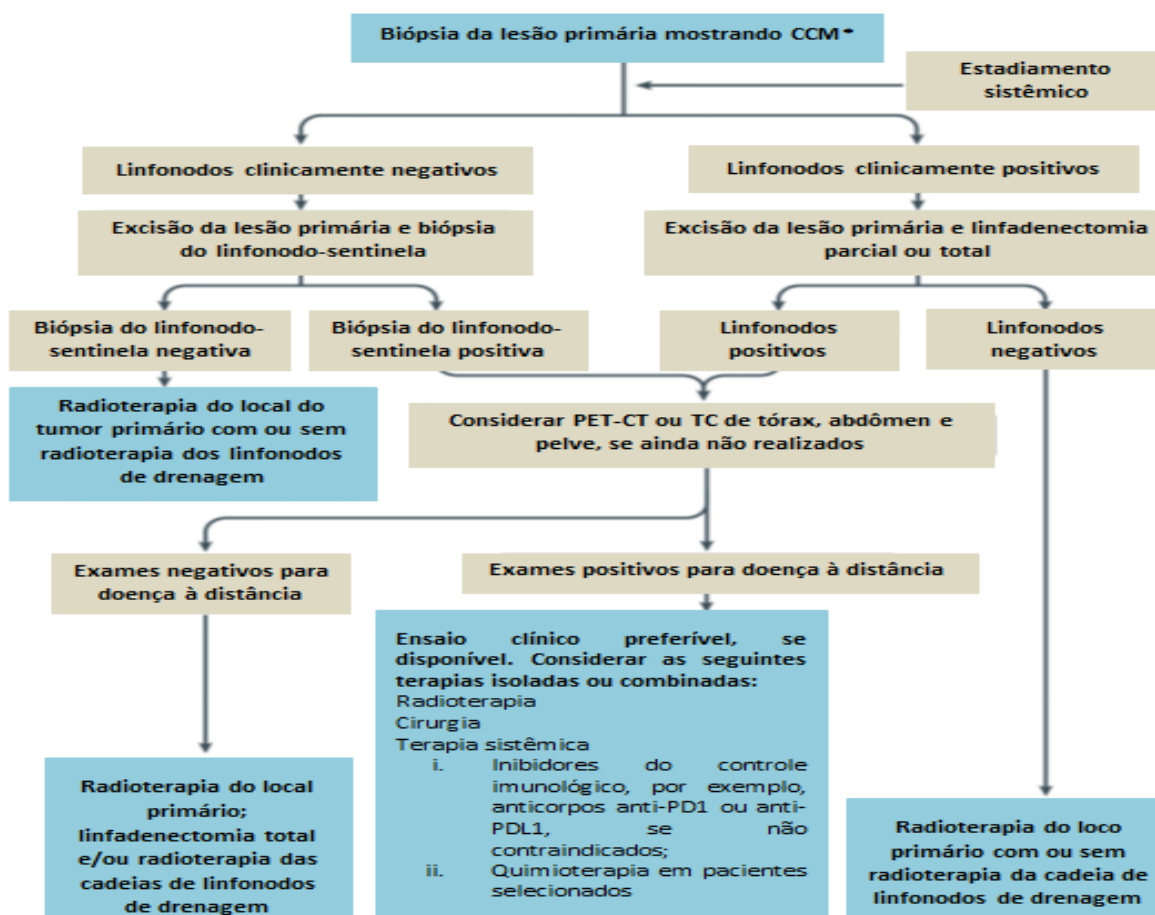
LLOMBART B., REQUENA, C. e CRUZ, J. **"Update on Merkel cell carcinoma: epidemiology, etiopathogenesis, clinical features, diagnosis, and staging."** Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition) 108.2 (2017): 108-119.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). **Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)**. Merkel Cell Carcinoma. Version 1.2020. 2019.

UCHOA, R.S.; NOGUEIRA, F.R.; COSTA, M.L.; GOES, A.C. **Carcinoma de células de Merkel: revisão de literatura**. Rev Med UFC, 2017 mai-ago;57(2):44-49.

ANEXO

ANEXO A – AVALIAÇÃO E TRATAMENTO SIMPLIFICADO DO CARCINOMA PRIMÁRIO DE CÉLULAS DE MERKEL.



Fonte: Becker et al. (2017).

CONTRIBUIÇÕES DA NEUROCIÊNCIA PARA O PROJETO DE ARQUITETURA: UM OLHAR PARA AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

BEZ, Raiane Luiza Balestrin; BULA, Natalia Nakadomari
URI Erechim – raianebbez@gmail.com – nataliabula@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Quando se pensa em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) frequentemente associa-se a edificações com tecnologia de ponta que permitem otimização de processos e redução de riscos. As complexidades das exigências técnicas do ambiente hospitalar, muitas vezes, acabam por enfraquecer valores básicos e primordiais relacionados às emoções, percepções, sensações e experiências dos usuários.

Ao se analisar os usuários desses ambientes – pacientes, visitantes e funcionários – deve-se ter em mente que esses grupos têm necessidades diferentes. Um dos desafios mais difíceis e mais importantes para os projetistas é ser sensível às questões subjetivas e experienciais desses grupos e explorar fatores que tornem o ambiente hospitalar mais acolhedor, usando estratégias de humanização baseadas em contribuições interdisciplinares para criar espaços funcionalmente e psicologicamente eficientes.

Partindo dessa ideia, este trabalho tem como objetivo relatar como o entrelaçamento da neurociência com a arquitetura pode auxiliar no projeto de ambientes humanizados. Desta forma, apresenta um exemplo de como conhecimentos provenientes da neurociência podem fornecer diretrizes projetuais para espaços de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

2 METODOLOGIA

O estudo apresentado é exploratório e foi realizado por meio de revisão de literatura narrativa nas bases *Periódicos Capes* e *Google Acadêmico*.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

A Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida também por HumanizaSUS, existe há quase duas décadas em nosso país e envolve práticas transversais de atenção e gestão. No que concerne à arquitetura, a humanização está no conceito de ambiência que é o espaço físico que possibilita a produção da subjetividade e facilita o encontro entre os sujeitos (BRASIL, 2010). A humanização de ambientes tem como foco principal do projeto o conforto físico e psicológico para a realização das atividades pelo usuário, por meio de atributos sensoriais e ambientais que provocam a sensação de bem-estar (VASCONCELOS, 2004).

Toledo (2015), afirma que com a humanização, o ambiente hospitalar pode se tornar um estimulador da cura dos pacientes. Complementando, Ulrich (1995) disserta que o impacto de um projeto e uma arquitetura humanizada diminui o estresse do paciente, impactando nos efeitos de medicamentos e procedimentos médicos acelerando o processo de recuperação.

Este estresse citado pelo autor, é causado por diversos fatores como a enfermidade, internação ou até mesmo pelos ambientes frios, barulhentos e sem privacidade, afetando o corpo de forma negativa. Esses impactos podem gerar sensações de desamparo, ansiedade, depressão, aumento da pressão sanguínea, tensão muscular e níveis de hormônio de estresse, além de reações comportamentais (ULRICH, 1995). O autor também afirma que o estresse não afeta apenas o paciente, mas todos os usuários - familiares, visitantes e funcionários da instituição. O problema maior surge quando a equipe médica também é atingida, reduzindo a qualidade do atendimento e, conseqüentemente, afetando mais a ainda o bem-estar dos pacientes (ULRICH, 1995).

Está comprovado cientificamente que o ambiente influencia o bem-estar dos usuários. Cabe ao arquiteto estar a par das exigências da entidade, da equipe de trabalho e da parcela de população atendida que utilizará o espaço. Junto a isso, deve-se agregar os conhecimentos técnicos para construções de alta complexidade, como hospitais, além da “capacidade criativa dos arquitetos para embutir nesse espaço complexo, sistemático e em constante evolução, os atributos de projeto que vão humanizar o ambiente, tornando-o funcional e confortável ao mesmo tempo” (VASCONCELOS, 2004, p. 32).

3.2 NEUROCIÊNCIA E ARQUITETURA: DIRETRIZES PARA UTIN

Atualmente, teorias e perspectivas acerca da humanização estão sendo expandidas sob o ramo da neurociência. Vários conceitos, paradigmas e métodos da neurociência parecem ser perfeitamente adequados por investigar o que o arquiteto chamaria de “resposta do homem ao ambiente construído”. Esses conceitos incluem sistemas de neurociência, psicofísica sensorial-motora e experiências fenomenológicas (GEPSHTEIN; SNIDER, 2019).

As UTIN em hospitais fornecem uma das melhores ilustrações de como o conhecimento da neurociência mudou o projeto arquitetônico. De acordo com o Dr. Stanley Graven existe uma ordem natural para uma série de eventos ocorrer no desenvolvimento neurológico de uma criança e não há benefício na ocorrência precoce, embora possam surgir problemas devido a ocorrências atrasadas. Assim, torna-se importante projetar o ambiente e a prática assistencial da UTIN para apoiar e facilitar o desenvolvimento e minimizar as interferências externas para que a maioria dos eventos importantes ocorram sem intervenção específica (GRAVEN et al., 1992 apud EBERHARD, 2009).

Os estudos de Graven acerca do desenvolvimento neurológico do feto humano identificaram três estágios: o primeiro é o neurodesenvolvimento mais importante que inclui a estrutura básica do cérebro, o desenvolvimento das vias nervosas, dos órgãos sensoriais e suas conexões e caminhos. O segundo é o desenvolvimento da estrutura básica dos olhos e ouvidos, com seus caminhos para os núcleos centrais e depois para o córtex - que é conduzido geneticamente, mas modificado ambientalmente; e por último o desenvolvimento das novas vias, circuitos de memória e toda a gama de conexões para os neurônios no córtex, feitas em resposta a estímulos (GRAVEN et al., 1992 apud EBERHARD, 2009).

No segundo estágio, que ocorre no início do terceiro trimestre, ocorre o desenvolvimento das modalidades sensoriais auditivas (incluindo respostas ao som e vibração), seguido pelo desenvolvimento visual. Quando um bebê nasce prematuro (especialmente se ocorrer no início do terceiro trimestre - aos 7 ou 8 meses), o sequenciamento do desenvolvimento sensorial se torna um problema. Estímulos e o uso de sistemas fora de sequência podem criar problemas de desenvolvimento, ou seja, o desenvolvimento visual não deve começar, normalmente, antes que as modalidades auditivas estejam estabelecidas. Não é que um bebê prematuro seja surdo ou cego, mas pode ser mais provável que perca a acuidade. Um sistema auditivo prejudicado pode impedi-los de desenvolver o tom perfeito caso se tornem músicos, e o mau desenvolvimento do seu sistema visual pode até mesmo levar à degeneração macular mais tarde na vida (GRAVEN et al., 1992 apud EBERHARD, 2009).

As UTIN são historicamente projetadas para atender os requisitos funcionais de médicos e enfermeiras (como acontece com os demais ambientes do hospital), incluindo luz abundante para cuidar dos bebês e sistemas de som para permitir que a equipe seja chamada. O Dr. Stanley Graven estudou o impacto ambiental, de UTIN projetadas segundo estes requisitos, em bebês prematuros e seu trabalho sugere que os projetos das UTIN devem também considerar a redução de interferências do ambiente no desenvolvimento neurológico dos bebês (GRAVEN et al., 1992 apud EBERHARD, 2009).

Com base neste exemplo podem ser traçadas algumas diretrizes arquitetônicas, como prover ambientes menos ruidosos, primeiramente, eliminando as fontes de ruído e vibração, substituindo os equipamentos de monitoramento com informações sonoras, direcionando o som para a equipe médica, modificando a frequência das ondas agudas para as mais graves e provendo manutenção periódica para reduzir ruídos dos equipamentos eletrônicos. A setorização também tem papel preponderante quanto aos ruídos, pois pode evitar que ambientes de geração de ruído e de alto fluxo de pessoas estejam próximos à UTIN.

Neste caso a geometria do ambiente e altura do pé-direito também poderiam contribuir para o controle acústico. Na escolha dos materiais de revestimento e acabamento deve-se avaliar a relação acústica com as demais exigências, pois, em relação à acústica devem ser mais absorventes para reduzir a reflexão sonora, mas, ao mesmo tempo, devem ser impermeáveis e resistentes a produtos químicos abrasivos de descontaminação.

4 CONCLUSÕES

O trabalho expõe a complexidade que envolve um projeto de UTIN e como conhecimentos provenientes da neurociência podem fornecer diretrizes capazes de conciliar as necessidades dos diferentes grupos de usuários do ambiente em questão.

Para além das diretrizes, resultados de estudos específicos podem ancorar decisões projetuais. Por exemplo, estudos de percepção auditiva ou visual fornecem limites de intensidade, frequência e direção dos estímulos de acordo com os estágios de desenvolvimento do bebê, mas também de acuidade para o trabalho da equipe médica.

Ampliando o olhar para os demais ambientes de estabelecimentos assistenciais de saúde há inúmeras possibilidades a serem exploradas, desde ambientes com atividades e técnicas, até os ambientes de recepção, acolhimento e

de conforto médico que também precisam ser qualificadas para que haja uma humanização mais global do atendimento em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/acervo/ambie%cc%82ncia-2a-edic%cc%a7a%cc%83o/>. Acesso em: 29 out. 2020.

EBERHARD, John P. Applying Neuroscience to Architecture. **Neuron**, [S.L.], v. 62, n. 6, p. 753-756, jun. 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896627309004310>. Acesso em: 10 out. 2020.

GEPSHTEIN, Sergei; SNIDER, Joseph. Neuroscience for architecture: The evolving science of perceptual meaning. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, Jul, 2019. Disponível em: <https://www.pnas.org/content/pnas/116/29/14404.full.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.

TOLEDO, Luiz Carlos de Menezes. Humanização do edifício hospitalar: um tema em aberto. II Seminário Nacional sobre Ensino e Pesquisa em Projeto de Arquitetura - PROJETAR 2005 - Rio de Janeiro/RJ, 2005. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/1306>. Acesso em: 29 out 2020.

ULRICH, Roger S. Effects of healthcare Interior Design on Wellness: theory and recent scientific research. In: **Symposium On Healthcare Design**, 4, 1991, Boston. Innovations in healthcare design: selected presentations from the first five symposia on healthcare design. New York: Sara O. Marberry, 1995.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de ambientes hospitalares** [dissertação]: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior / Renata Thaís Bomm Vasconcelos; orientadora, Vera Helena Moro Bins Ely. - Florianópolis, SC, 2004.

COVID-19 E MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS

ADAMI, Gabriela Dias; ADAMI, Rafaela Dias; SIRENA, Nathália Santin

URI Erechim/RS – gabiaad60@hotmail.com – nathalia.santin@hotmail.com – UERN Mossoró/RN – rafaela.adami@gmail.com - URI Erechim/RS – jsartori@uricer.edu.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde declarou pandêmica a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19) em março de 2020, caracterizada por uma síndrome inflamatória sistêmica que na sua forma grave evolui como uma síndrome respiratória aguda severa. Dentre as mais diversas manifestações clínicas observadas em pacientes que contraíram o vírus, há casos desde pacientes assintomáticos à quadros sintomáticos, sendo as manifestações clínicas mais frequentes: febre, tosse seca, fadiga, alterações no olfato e afecções severas ao trato respiratório (PARRAIZQUIERDO, et al., 2020).

Apesar de não estar completamente claro aos pesquisadores o mecanismo de ação do novo coronavírus, acredita-se que o receptor de entrada do vírus no organismo humano é a enzima conversora de angiotensina 2, também conhecida como ECA 2, uma aminopeptidase ligada à membrana celular. Embora esteja predominantemente na porção transmembrana das células pulmonares, a ECA 2 também se encontra distribuída no trato gastrointestinal (DIAZ, et al., 2020). Dessa forma, alguns pacientes apresentam sintomas como vômitos, diarreia e dores abdominais.

A partir de uma visão integral das manifestações clínicas da doença, esse estudo tem como objetivo abordar os sintomas gastrointestinais que a doença apresenta, expondo suas mais diversas manifestações secundárias a infecção pelo SARS-CoV-2.

METODOLOGIA

Para a construção desta revisão bibliográfica, utilizou-se de artigos científicos, pesquisados nas plataformas eletrônicas de dados SciELO, PubMed, Science Direct, The New England Journal of Medicine e The Lancet. Foram revisados artigos a partir do critério de seleção baseado no tema de interesse e sua relação com a proposta deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se que as manifestações clínicas causadas pelo novo coronavírus são muito variáveis devido ao fato de poderem aparecer até 2 semanas após a exposição (ALVAREZ, et al., 2020). Diante desse cenário, nota-se que os sintomas mais comum da doença são febre, tosse, fadiga, mialgia e diarreia (BERLIM, et al., 2020), e um estudo de coorte apontou que os sintomas diarreia estavam presentes em 5% dos casos, e náuseas e vômitos em 4% (ZHOU, et al., 2020). Além disso, o RNA do SARSCoV-2 foi detectado também no esôfago, estômago, duodeno e no reto de pacientes em quadros mais severos da doença (LIN, et al., 2020), sugerindo

que o vírus pode infectar e se replicar ativamente no trato gastrointestinal (PARRA-IZQUIERDO, et al., 2020). Consequentemente, deduz-se que o trato gastrointestinal pode também ser uma possível rota de transmissão fecal-oral da doença pela presença viral nas fezes de uma parcela de pacientes (DIAZ, et al., 2020), visto que o vírus se dissemina através de partículas aerossóis.

Os sintomas gastrointestinais associados a COVID-19 mais frequentes são as náuseas e os vômitos, também sendo a manifestação gastrointestinal mais comum em pacientes pediátricos. Além disso, a replicação do vírus no trato em questão, que apresenta replicação ativa especialmente no intestino delgado e grosso (DIAZ, et al., 2020), ocasiona também “má absorção, desequilíbrio da secreção intestinal e ativação do sistema nervoso” (MUSA, 2020), culminando o sintoma da diarreia. Além disso, a diarreia foi o sintoma predominante no primeiro paciente diagnosticado com o novo coronavírus nos Estados Unidos, podendo este ser um sintoma inicial da doença, pois há evidências de que pode ocorrer antes mesmo das demais manifestações respiratórias (PARRA-IZQUIERDO, et al., 2020). Os pacientes também têm apresentado “diferentes graus de alteração do perfil bioquímico hepático”, fato associado a uma maior taxa de mortalidade (DIAZ, et al., 2020). Os danos hepáticos nesses pacientes podem ser causados diretamente pela ação viral no tecido do órgão, devido a enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2) estar presente nos ductos biliares, apesar de estudos histológicos não apontarem a presença do vírus no fígado. Outras possibilidades ao dano secundário no fígado seriam, a “hipoxemia de tecidos, hepatotoxicidade medicamentosa e outros fatores atribuídos ao choque séptico” (PARRA-IZQUIERDO, et al., 2020), e a resposta inflamatória mediada por linfócitos T CD8 citotóxicos que aumentam os riscos de lesão hepatocelular (DIAZ, et al., 2020).

Não há indícios de comprometimento pancreático secundário ao SARS-CoV-2.

Ademais, diante do cenário da fisiopatologia decorrente do novo coronavírus, é fundamental ressaltar que a disfunção imunológica, “que inclui linfopenia, diminuição dos níveis de células T e níveis anormais de citocinas” é uma característica comum em casos de COVID-19 (PARRA-IZQUIERDO, et al., 2020), e tem relação direta com a resposta imune do organismo ao vírus e suas repercussões sistêmicas. Esse fator crítico está altamente associado à gravidade da enfermidade e à taxa de mortalidade.

CONCLUSÕES

A falta de conhecimento, por parte da população, da presença de manifestações gastrointestinais no decorrer da evolução da doença causada pelo SARS-CoV-2 pode ocasionar retardo à procura pela assistência médica. Assim, pode-se presumir que essa seja uma das razões de pacientes com sintomas do trato gástrico tenham pior prognóstico. Necessita-se de mais pesquisas que demonstrem com mais precisão o mecanismo de ação do novo coronavírus e como se comporta nos mais diversos sistemas do organismo humano, para assim pontuar medidas mais eficazes de biossegurança e prevenir contágios (DIAZ, et al., 2020).

As manifestações clínicas gastrointestinais em pacientes com COVID-19 são frequentes. Maior disseminação de informações a respeito dessa manifestação poderia corroborar com diagnósticos mais precoces, a fim de reduzir complicações sistêmicas, melhorando o prognóstico e consequentemente reduzindo a taxa de mortalidade.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Patricia E et al. COVID-19: médicos, gastroenterología y emociones. **Rev Col Gastroenterol**, Bogotá, v. 35, supl. 1, p. 64-68, Dec. 2020.

Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012099572020000500064&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 out. 2020.

BERLIM, David A.; Gulick, Roy M.; Martinez, Fernando J., Severe Covid-19, **The New England Journal of Medicine**. Disponível em <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp2009575>. Acesso em 28 out. 2020.

FUENTES DIAZ, Carlos Fernando; ZABALETA-TABOADA, Orlando Yasef. Manifestaciones gastrointestinales de la infección por el “nuevo coronavirus”. **Rev Col Gastroenterol**, Bogotá, v. 35, supl. 1, p. 69-72, Dec. 2020.

Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012099572020000500069&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 out. 2020.

LIN, Lu et al. Gastrointestinal symptoms of 95 cases with SARS-CoV-2 infection. **Gut** vol. 69,6 (2020): 997-1001.

Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32241899/>. Acesso em 27 out. 2020.

MUSA, Sherief. Hepatic and gastrointestinal involvement in coronavirus disease 2019 (COVID-19): What do we know till now. Publication **Journal of Gastroenterology**, March 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1687197920300101?via%3Dihub>. Acesso em 27 out. 2020.

PARRA-IZQUIERDO, Viviana et al., Síntomas gastrointestinales en la enfermedad por COVID-19 y sus implicaciones en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. **Rev Col Gastroenterol**, Bogotá, v. 35, supl. 1, p. 45-55, Dec. 2020. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012099572020000500045&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 out. 2020.

ZHOU, Fei; Yu, Ting; Du, Ronghui; Fan, Guohui; Liu, Ying; Liu, Zhibo, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, vol 395, issue 10229, march 28, 2020. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(20\)30566-3/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(20)30566-3/fulltext#%20). Acesso em 28 out. 2020. **r m**

DEPRESSÃO EM ATLETAS DE ALTO RENDIMENTO E FATORES ASSOCIADOS

**SLAVIERO, Lorenzo Trintinaia; MAINARDI, Jonas Daniel Walker;
OSTROWSKI, Ricardo Lucas; POTHIN, Estevan Ribeiro;
VEZZARO, Arthur Rossi; STROHER, Angelo Luis**

URI Erechim – lorenzoslaviero@hotmail.com – danieljonasmainardi@gmail.com -
ricardo_ostrowski@yahoo.com - estevanrp_28@hotmail.com - arthur.vezzaro@gmail.com –
angelo.md@bol.com.br

1 INTRODUÇÃO

A depressão, segundo Varella (2011), é uma doença psiquiátrica crônica e recorrente que produz uma alteração do humor caracterizada por uma tristeza profunda, sem fim, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, assim como a distúrbios do sono e do apetite. Há relatos da presença desta patologia desde as sociedades mais primitivas, entretanto, na contemporaneidade, a depressão já é considerada por muitos um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas acometidas por esta condição, independentemente de idade, perfil socioeconômico ou ocupação profissional.

Apesar de estudos já terem constatado alguns efeitos antidepressivos dos exercícios físicos, a depressão frequentemente acomete atletas de alto rendimento. Conforme definido por Speed (2013), os atletas de alto rendimento são praticantes de esportes que treinam com o objetivo de competir como profissionais, buscando por resultados, vitórias e recordes em modalidades esportivas regidas por normas universalmente preestabelecidas e vinculadas a federações nacionais e internacionais de esporte, que exigem destes atletas alto grau de dedicação. Estes indivíduos, em geral, têm características fisiológicas mais desenvolvidas e maior preparo físico do que os demais atletas (amadores), por conta dos seus treinamentos diferenciados voltados para o alto rendimento.

Este estudo tem como objetivo apresentar e descrever os principais aspectos da depressão em atletas de alto rendimento, além de discutir e analisar fatores associados com o desenvolvimento desta patologia nestes profissionais. Também, pretende-se discorrer acerca das consequências e impactos causados por esta condição clínica no contexto pessoal e profissional destes indivíduos, além de tentar apresentar soluções.

2 METODOLOGIA

O respectivo trabalho consiste em uma breve revisão de literatura integrativa, utilizando-se de artigos e publicações encontrados em plataformas como Scielo, Google Acadêmico e PubMed, além de notícias e relatos sobre a problemática da depressão em atletas de alto rendimento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um atleta de alto rendimento precisa adequar-se diariamente a um conjunto de padrões de treinamento, de rotina, de dieta e de diversos fatores que envolvem a sua vida profissional. Valle (2003) afirma que o elevado nível de competitividade desses atletas lhes exige um excessivo tempo de treinamento, muita seriedade e disciplina na busca de resultados satisfatórios. Portanto, a prática de esportes de alto rendimento provoca diversas mudanças na vida dos profissionais, que envolvem questões econômicas, familiares, sociais, culturais, entre outras, que afetam diretamente o psicológico dos que se dedicam a este tipo de atividade. Um estudo feito em 2015 pela FIFPro (Federação Internacional dos Jogadores Profissionais de Futebol) apontou que 38% dos atletas tinham sintomas de depressão ou ansiedade. Foram entrevistados mais de 600 jogadores de futebol na pesquisa.

Todo atleta profissional passa por um processo árduo de formação até atingir o nível de alto rendimento. Este processo é iniciado muito precocemente, ainda na infância. Em diversos casos, a escola é deixada de lado, por não ser possível conciliar a intensidade dos treinamentos com os estudos, o que prejudica o desenvolvimento intelectual dos atletas. Cunha, Bastos e Duca (2012), afirmam que a escolaridade apresenta uma relação inversa com a ocorrência de depressão, isto é, quanto menor o grau de escolaridade, maior a probabilidade de ocorrência de depressão. Além disso, o processo de formação precoce prejudica o curso normal do desenvolvimento da identidade e da personalidade da criança, que, muitas vezes, sai de casa muito cedo para morar longe da família, o que afeta diretamente o psicológico e as emoções do indivíduo, principalmente a longo prazo.

Outro fator associado à depressão no ambiente esportivo de alto rendimento é a exposição dos atletas e a consequente cobrança por resultados, seja pela mídia, seja pela torcida. Na atualidade, por conta do surgimento das redes sociais, existe uma maior exposição da vida pessoal e profissional dos atletas, além de um maior julgamento de suas atitudes e de seu rendimento esportivo, o que faz com que exista uma maior pressão dos torcedores e da sociedade esportiva, que cobram apresentações acima da média em todas as partidas ou atuações. A cobrança da mídia é a que provoca maiores impactos, pois escancara erros e más atuações, destruindo a autoestima dos atletas. Ademais, como o esporte de alto rendimento está intrinsecamente ligado a finanças, pode-se observar uma grande cobrança vinda dos patrocinadores, que investem pesado nos atletas e buscam receber retorno do investimento. O ex-jogador de futebol profissional Pedrinho relatou em uma transmissão ao vivo no seu perfil do Instagram, que escondia lesões, para não ser ainda mais taxado pela mídia e torcida como quem se machuca de propósito. O jogador foi diagnosticado com depressão e afirmou ter “perdido” três anos de vida por causa da doença.

Por fim, percebe-se que lesões físicas que os atletas venham a sofrer, também contribuem para o surgimento da depressão. Conforme dito por Eldridge (1983), uma lesão física num atleta pode levar ao aparecimento de ansiedade, depressão e prejuízos na sua autoestima, chegando mesmo a proporções clínicas significativas. Ainda, os atletas com maior auto cobrança para voltar a jogar apresentam maiores índices de depressão, raiva e vigor quando comparados aos atletas que se auto avaliam com menos cobrança para voltar a jogar (Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC - Florianópolis, SC - julho/2006). Em suma, confirma-se o caráter multifatorial da depressão em atletas de alto rendimento.

4 CONCLUSÕES

De acordo com a professora Katia Rubio, coordenadora do Observatório de Psicologia do Esporte da Escola de Educação Física e Esporte da USP, há uma grande negligência quando se fala em saúde mental no esporte, principalmente no Brasil. Índices coletados pela ESPN, em 2017, apontaram que apenas 6 dos 20 clubes de futebol da série A do campeonato Brasileiro possuíam apoio psicológico aos seus jogadores. Nesse ínterim, observa-se como é extremamente importante e necessário um acompanhamento multidisciplinar dentro dos clubes e entidades esportivas de alto rendimento, não só com profissionais dedicados ao cuidado físico, mas também à mente do atleta.

Dessa forma, é preciso que se tenha um olhar cada vez mais aproximado e de maior atenção para as condições psicológicas e psiquiátricas dos atletas, com disponibilidade de profissionais ligados à saúde mental dentro dos centros de treinamento, em todas as modalidades esportivas, pois, além de melhorar o desempenho e o rendimento dos esportistas nas competições, o aspecto psicológico é de extrema contribuição para a qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ANAIS DA 58ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC. (2006). Florianópolis, SC – Julho.

CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, jun. de 2012.

ELDRIDGE, Winston. The importance of psychotherapy for athletic related orthopedic injuries among adults. **International Journal of Sport Psychology**, 1983.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DOS JOGADORES PROFISSIONAIS DE FUTEBOL (FIFPRO). **Transtornos mentais em jogadores de futebol**. 2015.

MOREIRA, Gabriela. Depressão e síndrome de pânico são comuns no futebol, mas só 6 clubes do Brasileiro têm psicólogos atuando com os profissionais. **ESPN**, 2017.

OLIVEIRA, Pedro Paulo de. *Live sobre a sua condição clínica de transtorno depressivo*. **Instagram**, 14 de abril de 2020.

RUBIO, Katia. Depressão e esporte: entre a causa e a cura (Parte 2). **Jornal do Campus**, 2019.

SPEED, Cathy. High-performance sports medicine. **Clinical medicine**, London, England. vol. 13,1 (2013).

VALLE, Márcia Pilla do. Atletas de Alto Rendimento: identidades em construção. **Tese (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2003.

VARELLA, Antônio Dráuzio. **Depressão**. Dráuzio Varella - UOL, 2011.
Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/depressao/>>. Acesso em: 24 out. 2020.

DERMATITE ATÓPICA NA INFÂNCIA

PECINI, Giliane; BRISOTTO, Daniele De Sena

URI Erechim – gilianepecini@gmail.com – danielerisotto@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Pacientes pediátricos são frequentemente acometidos pela Dermatite Atópica (DA), também conhecida como Eczema Atópico (EA), uma doença inflamatória crônica e recidivante que acomete a pele. Em conformidade com o Guia Prático de Atualização da DA, a sua prevalência no Brasil, entre os adolescentes, oscila de 7,1% a 12,5%. O diagnóstico é clínico e os sinais e sintomas mais marcantes são: pele eritematosa, descamativa ou xerótica e presença de prurido. O prurido é um dos sintomas mais marcantes na infância e pode ser de grande intensidade.

A clínica é soberana no diagnóstico, mas existem exames complementares que auxiliam na confirmação. A coceira pode causar ansiedade, irritabilidade e dificuldades para dormir, afetando a qualidade de vida, com poder para desencadear alteração de comportamento nas crianças e reforçar a dependência e preocupação dos pais. Em geral, indivíduos atópicos apresentam predisposição genética para DA, contudo, ela é substancialmente de etiologia multifatorial, envolvendo também agentes potencialmente desencadeantes e irritantes do ambiente.

O primeiro ano de vida detém 60% dos casos de Dermatite Atópica (DECKERS IA et al., 2012; WILLIAMS H et al., 2008 apud ANTUNES et al., 2017), porém com manifestação sutil na maioria delas. A prevalência da DA dentre as dermatoses mais comuns no mundo, torna fundamental a compreensão do seu desencadeamento. Assim, a descrição embargada no conhecimento fisiopatológico da DA, associada a achados diagnósticos representativos e o direcionamento do melhor plano terapêutico são as intenções deste trabalho de cunho acadêmico.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, exploratória e descritiva, sobre o manifesto inflamatório da Dermatite Atópica e seu tratamento, realizada por meio de buscas nas bases de dados Pubmed, Google Scholar e Scielo. Pesquisas no site da SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria), da SBD (Sociedade Brasileira de Dermatologia), a leitura do Guia prático de atualização em dermatite atópica do Arquivo de Asma, Alergia e Imunologia ligado a ASBAI (Associação Brasileira de Alergia e Imunologia) e de artigos científicos publicados na Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, *The Royal Australian College of General Practitioners* e *Brazilian Journal of Development* contribuíram para esta explanação, cujos descritores foram: *atopic dermatitis*, *breastfeeding and atopic dermatitis* e aleitamento materno.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O epitélio é um conjunto integrado de sistemas que protege a pele da entrada de substâncias alheias ao organismo, e a DA se apresenta quando há um desequilíbrio da barreira cutânea. Os corneócitos (queratinócitos anucleados da camada mais externa da pele – camada córnea) juntamente com os lipídeos da camada granulosa formam a estrutura de “tijolo e a argamassa”: os corneócitos são os tijolos de proteínas, como a filagrina (FLG), essencial para o arranjo da queratina; e a argamassa entre eles são os lipídeos – ceramidas, colesterol e ácidos graxos livres (ADDOR FA; AOKI V, 2010; van SMEDEN J; BOUWSTRA JA, 2016; CASTRO APM, 2006 apud ANTUNES et al., 2017). Outros fatores ajudam a manter o equilíbrio da barreira cutânea, tais como o pH ácido da sua superfície e as bactérias habituais. A degradação da FLG gera metabólitos que hidratam a pele, mantém o pH e a sua integridade, como os ácidos urocânicos (UCA) e pirrolidona carboxílico (PCA) – Fator de Hidratação Natural (FHN), os quais podem estar alterados nos pacientes com DA.

Segundo KANTOR R; SILVERBERG JI, 2017 apud ANTUNES et al., 2017, teorias explicam a patologia. A primeira diz que ela ocorre de fora para dentro (*outside-inside*), devido à disfunção da barreira epitelial. A segunda alega que é de dentro para fora (*inside-outside*), por alteração da imunidade e inflamação. Mutações no gene que codifica a FLG afetam 50% dos pacientes, reduzindo os metabólitos UCA e PCA, acarretando risco para DA (van SMEDEN J; BOUWSTRA JÁ, 2016; CASTRO APM, 2006 apud ANTUNES et al., 2017). Demais aspectos participam da fisiopatologia, a saber, quase 100% dos acometidos possuem lesões colonizadas por *Staphylococcus aureus* – bactérias Gram-positivas da pele que produzem toxinas, mantendo ou realçando a doença (HEPBURN L et al., 2016 apud ANTUNES et al., 2017). Podem ocorrer danos aos queratinócitos devido exposição à agentes irritantes como sabonetes, fragrâncias, banhos quentes e demorados e fricção cutânea – precursores da liberação de citocinas de inflamação que pioram e perpetuam o quadro da DA.

O processo imunopatológico que ocorre na DA inicia com uma rápida resposta imune contra agentes invasores: os queratinócitos e as células apresentadoras de antígeno possuem receptores *Toll like* (TLRs) que induzem a liberação de peptídeos antimicrobianos, citocinas e quimiocinas, a fim de limitar a penetração de alérgenos (LEUNG DY, 2013 apud ANTUNES et al., 2017) – pacientes com DA têm essa função reduzida. Por conta da exposição a irritantes, linfócitos T *helper* padrão 2 (Th2) produzem citocinas inflamatórias como IL-4, IL-13 e IL-31. Ainda, pode ocorrer a participação da imunoglobulina IgE, reconhecendo antígenos que penetram na pele devido disfunção da barreira cutânea e induzindo o recrutamento de mais células inflamatórias e seus mediadores (resposta imune adaptativa), perpetuando a ação.

O diagnóstico clínico é norteado pela presença de prurido associado a ressecamento da pele, história de rinite ou asma, sintomas antes dos dois anos, lesões em regiões flexurais ou dermatite visível (GRIFFITHS C et al., 2016; BRENNINKMEIJER EE et al., 2008; WILLIAMS HC et al., 1994 apud ANTUNES et al., 2017). A contagem de eosinófilos no sangue periférico e níveis séricos de IgE total também auxiliam na identificação (FLOHR C et al., 2004 apud ANTUNES et al., 2017). A DA abala a qualidade de vida infantil, pois o prurido pode causar distúrbios do sono, irritabilidade e ser agravado pelo ambiente. Nos lactentes, as lesões geralmente são na face e se exibem através de eritema, pápulas, vesículas ou crostas. Ao engatinhar, o bebê é suscetível à fricção, sendo as regiões extensoras

acometidas com eczema. A partir dos 2 anos, elas são flexurais nos joelhos e cotovelos, com sintomatologia de prurido e, muitas vezes, com liquenificação (PALLER AS; MANCINI AJ, 2015; EICHENFIELD LF et al., 2014; GRIFFITHS C et al., 2016 apud ANTUNES et al., 2017).

O tratamento é guiado para restaurar a barreira cutânea, focado na hidratação da pele e controle da inflamação e prurido. Na crise aguda, podem ser administrados anti-histamínicos, associados a corticosteroide tópico de baixa potência, cujas doses variam com o quadro e idade da criança. Uma rotina de banho rápido com água morna, sem fricção e toalha de algodão, roupas sem lã ou fibra, consumo de alimentos sem potencial alérgico (avaliado caso a caso), uso de produtos neutros e protetor solar, precisa ser seguida pelos pais (SILVA, J.C. et al. 2020). Destaca-se, sobretudo, o uso de formulações hipoalergênicas e sem fragrância (MCKOY K, 2015 apud PAGE, S.S.; WESTON, S.; LOH, R., 2016) – aplicação de hidratantes, a fim de aliviar o prurido, visto que a criança não controla o ato de coçar. Para mais, a prolongação do aleitamento materno é dita como protetora sobre a patologia, porque protegeria o sistema imunitário da criança mediante sua complexidade imunológica – transferência de IgA e IgG materna; contudo, é uma afirmação controversa (LODGE CJ et al., 2015, apud GOMES, M.M.; REBELO, S.P.L., 2019).

4 CONCLUSÕES

O enfrentamento da Dermatite Atópica é desafiador e a intenção dos cuidados visa controlar a sintomatologia, melhorando a qualidade de vida da criança e da família. Visto por esse prisma, é essencial que o médico detenha informações necessárias para identificar a DA e conduzir um tratamento satisfatório. Por meio da Educação Permanente, realizada entre os profissionais de saúde na Atenção Primária, com discussões de casos, os médicos estarão mais atentos ao diagnóstico e ao tratamento adequado da DA. Explanar a fisiopatologia da doença aos pais, mesmo que de forma leiga, fará a família aderir mais facilmente ao tratamento, com foco especial à hidratação como forma de prevenção de novas crises e para o reestabelecimento da barreira cutânea.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, A.A. et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. ASBAI. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**. 2017; 1(2):131-56. Disponível em: <http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=772>. Acesso em: 27 out. 2020.

GOMES, M.M.; REBELO, S.P.L. Aleitamento materno e a prevenção da doença alérgica: uma revisão baseada na evidência. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**. 2019; 35:203-9. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v35n3/v35n3a05.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2020.

PAGE, S.S.; WESTON, S.; LOH, R. Atopic dermatitis in children. **The Royal Australian College of General Practitioners**. AFP VOL.45, NO.5, MAY 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27166464/>>. Acesso em: 28 out. 2020.

SILVA, J.C. Conhecendo um pouco mais dos cuidados à pessoa com dermatite atópica: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n. 6, p.36808-36818, jun. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/11543>>. Acesso em: 26 out. 2020.



DOENÇA DE TAKOTSUBO

**BIESDORF, Anna Laura Carniel; CASSEL, Laura;
PAGNONCELLI, Rafaela Poliana; SILVA, Gabriel Fernando Weber da;
SIRENA, Nathália Santin; TISSIANI, Taciê Hartmann; ZORZI, Gabrielle Trevisan;
ZORZI, Nathali Trevisan; FAHL, Celio Friedholdo.**

URI Erechim – annabiesdorf@hotmail.com - laucassel@hotmail.com -
rafaelapagnoncelli7@gmail.com - gabrielfweber26@gmail.com nathalia.santin@hotmail.com
- tacie_tissiani@hotmail.com - gabriellezorzi@yahoo.com.br - zorzinathali@gmail.com -
celio.fahl@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A doença de Takotsubo, conhecida também como “Síndrome do coração partido”, é uma cardiomiopatia retratada pela primeira vez por pesquisadores japoneses na década de 1990 (TEMPLIN et. al., 2015). Trata-se de uma patologia rara, que acomete, principalmente, mulheres na pós-menopausa e caracteriza-se por apresentar sintomatologia similar ao de um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Nesse resumo expandido, fundamentado por artigos e livros, a doença de Takotsubo será abordada de forma a incluir a etiologia, o mecanismo de doença, e aspectos gerais acerca do diagnóstico e tratamento, visando uma maior compreensão do caso.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido tem como base a discussão de caso embasada em estudos científicos, publicados entre 1990 e 2017, e livros sobre a síndrome do abaulamento apical transitório, também conhecida pelo cardiomiopatia de Takotsubo ou síndrome do coração partido. Para este estudo recorreremos à plataforma PubMed assim como à tratados em cardiologia. Tem-se como propósito a construção de um resumo expandido, que tem por objetivo entender o processo saúde-doença adscrito na literatura por meio de um estudo de caso que aproximamos da prática de clínica médica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cardiomiopatia de Takotsubo, também chamada de síndrome do balonismo apical ou cardiomiopatia de estresse, foi descrita pela primeira vez no Japão em 1990 (TEMPLIN et. al., 2015) e ainda é subdiagnosticada (HOEKSTRA, B. S. et, 2014). Caracteriza-se por anormalidades da movimentação da parede cardíaca associada a disfunção ventricular esquerda sistólica e diastólica transitória (TAYLOR et. al., 2017). Essa síndrome acomete, principalmente, mulheres idosas e está relacionada a um aumento dos níveis de catecolaminas frente a um grave estresse físico ou emocional (TEMPLIN et. al., 2015). O diagnóstico é estabelecido, na maioria das vezes, na fase aguda da síndrome, em que os pacientes apresentam clínica semelhante à doença cardíaca isquêmica, além de achados eletrocardiográficos e perfis de biomarcadores semelhantes aos de uma síndrome coronariana aguda (TEMPLIN et. al., 2015; BRAUNWALD 10º ed.).

A paciente A.M.G., 69 anos, feminina, procura atendimento médico no dia 22/09/2020 por conta de desconforto torácico. Não apresenta antecedentes de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia, ou outros fatores de risco para cardiopatia isquêmica. Em consulta, a paciente relata que os sintomas iniciaram há dois dias, quando recebeu a notícia do falecimento do filho. Afirma que na ocasião apresentou forte dor torácica, associada a sudorese, mal estar e êmese. Entretanto, relacionou os sintomas ao forte estresse emocional que sofrera, dirigindo-se ao Cardiologia apenas por conta da persistência do desconforto torácico. A conduta médica em primeiro momento foi a solicitação de Eletrocardiograma (ECG) e biomarcadores para doença isquêmica.

Ao ECG, apresentou-se taquicardia sinusal, frequência ventricular de 120 batimentos por minuto, corrente de lesão subepicárdica em parede septal e isquemia subepicárdica em parede inferolateral. Os biomarcadores solicitados apresentaram os seguintes resultados: Creatina Fosfoquinase (CK-MB) 376 U/L, Troponina T 310,20 pg/ml e Creatina Fosfoquinase (CPK): 7,00 ng/ml, portanto, acima dos valores de referência e sugestivos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). No dia seguinte, foi realizada uma Cineangiocoronariografia, a qual demonstrou artérias coronárias livres de lesão obstrutiva e ventrículo esquerdo com disfunção contrátil segmentar (abaulamento apical – APÊNDICE 1), indicativo de Doença de Takotsubo. Para confirmação de diagnóstico, foi realizada uma Ecocardiografia que apresentou comprometimento da função sistólica ventricular esquerda de maneira global, alteração da função diastólica do ventrículo esquerdo de grau I e um discreto derrame pericárdico, resultados conclusivos para cardiomiopatia de estresse. Dado que a paciente não apresentou doença aterosclerótica, o tratamento é clínico, excluindo a necessidade de intervenções invasivas. A conduta terapêutica para a doença de Takotsubo, e, portanto, para a paciente, foi a prescrição de Betabloqueador associado com Inibidor da ECA.

4 CONCLUSÕES

A Síndrome de Takotsubo é caracterizada por uma anormalidade temporária do movimento da parede do ventrículo esquerdo e compartilha características comuns e sintomas semelhantes na apresentação da Síndrome Coronariana Aguda (SCA), além de anormalidades de ECG, biomarcadores cardíacos elevados, bem como mortalidade hospitalar comparável com infarto do miocárdio com elevação do segmento ST.

Frente ao exposto, o relato de caso da doença de Takotsubo, reitera a necessidade de conhecimento acerca desse assunto. Fica evidente o subdiagnóstico da doença (HOEKSTRA, B. S. et, 2014), acarretando, muitas vezes, em uma conduta terapêutica inadequada. Nessa perspectiva, esse estudo serve como uma contribuição à gama de descrições que formam o arcabouço teórico-científico da patologia em questão.

REFERÊNCIAS

BRAUNWALD, E. et. al. **TRATADO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES**. 10º ed. Rio de Janeiro. Editora Elsevier LTDA, 2017.

HOEKSTRA, B. S. et al., **Doença de Takotsubo (Síndrome do Coração Partido): uma doença subdiagnosticada?**. Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Cardiologia, 2014.

TAYLOR, R. S. et. al. **Cardiomiopatia de Takotsubo apresentando-se como síndrome de Wellens**. 2017. Prática Clínica e Casos em Medicina de Emergência. Departamento de Medicina de Emergência da Universidade da Califórnia Irvine. 2017.

TEMPLIN, C. et. al. **Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy**. 2015. The new england journal of medicine. Massachusetts Medical Society. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Cineangiocoronariografia demonstrando abaulamento apical, compatível com Doença de Takotsubo.



Fonte:

Acervo médico (2020).

ESCLEROSE MÚLTIPLA



BAMPI, Larissa; NASCIMENTO, Vivianne Amanda do; PANDOLFI, Gabriele Longo; RAMBO, Ediane Maiara; VACARIN, Luan; LAGO, Celso David;

URI Erechim – lalabampi@hotmail.com - vivianneamandda@gmail.com
gabipandolfi1@hotmail.com - edi.rambo@hotmail.com - luan.vacarin@hotmail.com -
celsodavidlago@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença desmielinizante mediada por reações do sistema imune e caracteriza-se pela destruição da bainha de mielina dos neurônios do SNC. É uma patologia crônica, na qual ocorre inflamação, desmielinização e gliose, que define-se pela formação de uma cicatriz pós-lesão acarretando perda neuronal e a evolução é extremamente rápida (HAUSER, 2015). Dentre as doenças que causam déficits neurológicos não relacionados com traumatismo, a Esclerose Múltipla é a principal patologia, sendo que a prevalência da doença está na faixa etária de 20 e 40 anos e é considerada a doença de maior incapacitação física no adulto jovem (MERRITT, 2018).

Objetiva-se com o presente estudo avaliar as características clínicas relacionadas com a doença, compreender seus aspectos fisiopatológicos, sua sintomatologia, diagnóstico clínico bem como seu tratamento.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão da literatura referente à Esclerose Múltipla. Os artigos analisados foram encontrados nas plataformas de busca do PubMed, Scielo e Google Acadêmico. A partir das análises feitas, objetivou-se organizar um resumo expandido que apresentasse uma discussão clara e objetiva acerca das correlações fisiopatológicas da doença, suas especificidades, tratamentos e métodos de diagnóstico clínico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Esclerose Múltipla possui quatro tipos de classificação: a forma recorrente-intermitente com surtos individualizados e que podem ou não deixar sequelas, a forma secundariamente progressiva, que se caracteriza por uma fase que vem antes de recorrências e remissões e, em subsequência um avanço dos déficits com ou sem surtos. A forma primariamente progressiva se define desde o início por uma doença progressiva em que ocorre repentina estabilização e alguns períodos de melhora, já a forma progressiva-recorrente caracteriza-se por uma doença de evolução gradual, porém intercala com surtos que podem ou não ter recuperação total (LANA-PEIXOTO, 2002).

Ainda não se sabe o mecanismo correto da Esclerose Múltipla, porém a hipótese patogênica mais aceita é a de que a patologia seja originada da associação

de uma predisposição genética com fatores ambientais, tais como baixos níveis de Vitamina D e causas infecciosas como a contaminação pelo vírus Epstein-Barr (MERRITT, 2018). Estes fatores fazem com que as células T permaneçam auto reativas e, após um período de latência de cerca de 10 a 20 anos, elas sejam ativadas por um fator sistêmico ou local. Quando ativadas, as células T atravessam a barreira hematoencefálica, o que dá início a uma reação inflamatória mediada por células Th1. Com isso, há o desenvolvimento de uma autolesão voltada à substância branca, havendo perda de componentes do SNC, como oligodendrócitos e mielina, acarretando deficiência na condução do impulso nervoso e, conseqüentemente, o surgimento dos sintomas (MOREIRA et al. 2000).

A sintomatologia pode ser classificada em diferentes categorias, podendo ser transitórios, negativos, positivos ou corticais (SÁ, 2012). Os sintomas transitórios incluem fadiga, ataxia e neurite óptica, os quais sofrem influência da temperatura, visto que o quadro clínico piora com altas temperaturas e melhora com temperaturas amenas – fenômeno de Uhthoff. Já os sintomas negativos são aqueles que ocorrem durante uma fase de recidiva, exemplificados pela paresia, hipoestesia, deficiência visual e diplopia. Além disso, há os sintomas positivos que estão associados às sensações motoras espontâneas anormais, como os espasmos musculares tônicos, as parestesias, as dores neuropáticas, a neuralgia do nervo trigêmeo e o sinal de Lhermitte que é caracterizado por dor intensa, com sensação de corrente elétrica, que irradia em sentido crânio-caudal, podendo afetar membros superiores e inferiores após flexão do pescoço (SÁ, 2012; KASPER, 2017). Por fim, os sintomas corticais associam-se ao quadro cognitivo do paciente, por meio de manifestações de deficiência cognitiva, afasia e epilepsia (SÁ, 2012).

Em relação ao método diagnóstico, utiliza-se como base os critérios de McDonald, os quais incluem a história clínica, exame neurológico e análise do líquido cefalorraquidiano (YAMOUT, 2018). A partir disso, na anamnese deve-se observar a presença de surtos e as estruturas acometidas no SNC com ao menos dois surtos num intervalo de trinta dias entre os episódios. Para observar lesões na substância branca do SNC é necessária a realização de exames de ressonância magnética do crânio e medula espinhal, sendo este o principal exame para fechar o diagnóstico, em que se apresenta lesões elipsoides próximas ao córtex (justa corticais), infratentoriais, medulares e periventricular. Na observação da lesão devemos levar em consideração a disseminação de tempo e espaço, como critérios, procurando lesões em pelo menos dois locais diferentes no SNC (SILVA, 2014). Além disso, é possível realizar a extração do líquido cefalorraquidiano, no entanto, outras doenças desencadeiam processos inflamatórios, o que não serviria para diagnóstico definitivo, mas apresenta-se como alternativa para diagnóstico diferencial (FROTA, 2014).

Assim, torna-se imprescindível a realização do diagnóstico diferencial pois o tratamento iniciado precocemente evita o agravamento de surtos, reduz sequelas e lesões neurológicas do paciente (FROTA, 2014). O raciocínio clínico para o diagnóstico diferencial deve partir da investigação das sintomatologias semelhantes de outras doenças como: mielinose, neurite óptica, doenças vascular cerebral e síndromes infecciosas (SILVA, 2014).

Já o tratamento, pode ser feito de forma multidisciplinar, em que são tomadas medidas para conter as crises agudas, bem como medidas que controlem a sintomatologia da doença. O método da terapêutica pode ser subdividido em tratamento das exacerbações agudas e também em fármacos que modificam a evolução da doença. O primeiro método, baseia-se na utilização de

corticoesteroides intravenosos em doses altas, como a metilprednisolona IV, medicamento o qual, de certa forma, acelera a recuperação das exacerbações agudas, porém não traz benefícios no quesito de recuperação. Além disso, aliado à corticoterapia, pode ser feita a plasmaférese, que refere-se a troca de plasma para tratar recidivas agudas que causem déficits neurológicos, sendo recomendada para pacientes que iniciaram com episódios de desmielinização aguda, dentro do período de 60 dias após o início dos sintomas. (MERRITT, 2018)

Em relação aos fármacos que modificam a evolução da doença, são utilizados medicamentos como betainterferonas e acetato de glatirâmero, os quais proporcionaram efeitos positivos em déficits neurológicos. As interferonas, propiciam efeitos terapêuticos com ação antiproliferativa à hiporregulação de moléculas coestimuladoras, redução das citocinas próinflamatórias e também efeitos que reduzem a permeabilidade da barreira hematoencefálica, o que dificulta a passagem de linfócitos T para o interior do SNC. Em relação ao acetato de glatirâmero, este propicia um aumento da secreção de citocinas imunossupressoras na barreira hematoencefálica que causam hiporregulação da atividade inflamatória. No entanto, apesar do alívio dos sintomas em muitos casos, nenhum tratamento constatou total eficácia (MERRITT, 2018).

4 CONCLUSÕES

Como exposto acima, a Esclerose Múltipla é uma doença desmielinizante inflamatória crônica do sistema nervoso central, desencadeada por fatores genéticos e ambientais, de etiologia não totalmente compreendida. Seu diagnóstico é feito de forma clínica e é auxiliado por exames de imagem e análise do líquido cefalorraquidiano. Já o tratamento da doença pode ser feito de forma multidisciplinar, com o tratamento dos surtos mas também há possibilidade de tratar a sintomatologia da doença. Porém, apesar de muitos casos apresentarem alívios súbitos dos sintomas, nenhuma terapêutica constatou total eficácia. Assim, conclui-se a Esclerose Múltipla é uma patologia de características variadas, cuja etiologia ainda não é totalmente compreendida, e que se expressa de diferentes formas nos pacientes acometidos por ela.

REFERÊNCIAS

CALLEGARO D. **Diagnóstico e Tratamento da Esclerose Múltipla**. Academia brasileira de Neurologia, julho de 2001.

FROTA, Elizabeth R. C. **Diagnóstico diferencial da Esclerose múltipla**. Neurolmunologia, 2014.

HAUSER, S, JOSEPHSON, S. **Neurologia clínica de Harrison**. 3 ed. Porto Alegre: AMGH, 2015

KASPER, Dennis L et al. **Medicina interna de Harrison**. 19 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017. 1 e 2 v. 11432

LANA-PEIXOTO, Marco Aurélio et al. Consenso expandido do Bctrim para o tratamento da esclerose múltipla: III. Diretrizes baseadas em evidências e recomendações. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 60, n. 3B, p. 881-886, 2002.

MOREIRA, Marcos Aurélio et al. Esclerose múltipla: estudo descritivo de suas formas clínicas em 302 casos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 58, n. 2B, p. 460-466, 2000.

P., L.E.D.M.S.A.R. L. Merritt - **Tratado de Neurologia**, 13 edição. Grupo GEN, 2018.
SÁ, Maria José. **Physiopathology of symptoms and signs in multiple sclerosis**. VIEWS AND REVIEWS, Porto, Portugal. Abr. 2012

SILVA, Fragata da. SILVA DO NASCIMENTO, Valdete Mota. Esclerose múltipla: imunopatologia, diagnóstico e tratamento – Artigo de revisão. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**. Aracaju. V.2, N.3, p. 81 - 90, jun. 2014

YAMOUT BI, ALROUGHANI R. Multiple Sclerosis. **Semin Neurol**. 2018 Apr;38(2):212-225. doi: 10.1055/s-0038-1649502. Epub 2018 May 23. PMID: 29791948.

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS EM IDOSOS

AGOSTINI, Caroline Rodrigues; BAMPI, Marjane; NEUMANN, Angelica.

URI Erechim – agostcarolr@gmail.com – marjanebampi@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico perceptível não apenas em países desenvolvidos, mas também tem sido observado em países em desenvolvimento, como por exemplo, no Brasil. O processo de envelhecer é caracterizado por mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais, as quais, por vezes, trazem consigo uma série de doenças crônicas. Neste processo, observa-se que há um aumento significativo na prevalência de transtornos mentais nesta faixa etária (DE LIMA SALES et al., 2019; MARCELINO et al., 2020).

Os transtornos mentais merecem especial atenção, por estarem diretamente relacionados ao aumento da vulnerabilidade, incapacidade funcional, além da diminuição da autonomia, destacando-se a depressão como o transtorno mental mais presente nesta faixa etária (UCHOA et al., 2019). Diante disso, compreende-se o impacto negativo que a presença de tais transtornos, acarreta na qualidade de vida dos idosos, apresentando-se um importante problema de saúde pública (NAKANO; MACHADO; ABREU, 2019).

Deste modo, o presente estudo objetivou analisar os principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na terceira idade. Justificado mediante a importância de se discutir tal tema, uma vez que o adoecimento psíquico muitas vezes está diretamente relacionado com o adoecimento físico, comprometendo assim, a qualidade de vida dos idosos e também de seus cuidadores (MARCELINO et al., 2020). Além disso, tal temática não é muito explorada no âmbito da Psicologia, o que reforça a necessidade de se pensar em estratégias de prevenção e promoção de saúde mental e consequentemente física, nesta população (ROSA; DE LISBOA, 2019).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, onde foi utilizado como método a pesquisa bibliográfica, a partir das bases de dados Lilacs e Scielo. Sendo assim, foram selecionados artigos científicos apenas em língua portuguesa, publicados entre os anos de 2015 a 2020, ou seja, dos últimos cinco anos, que se manifestassem sobre o tema.

Ademais, procurou-se analisar estudos que abordassem sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais na terceira idade, assim como artigos que focalizassem as seguintes categorias, a partir dos descritores: *Transtornos mentais na terceira idade*, *Qualidade de vida na terceira idade* e *Depressão na Terceira Idade*. Foram encontrados 52 registros. A partir disso, foi realizada uma leitura seletiva e exploratória, buscando verificar se existiam informações acerca do tema proposto e condizentes com os objetivos do presente

estudo. De acordo com esta leitura, foram selecionados 12 artigos, uma dissertação de mestrado e um trabalho de conclusão de curso.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados sugerem que houve uma maior prevalência de transtornos mentais em idosos do sexo feminino, apresentando maior presença de sintomas depressivos, os quais relacionam-se com as mudanças na imagem corporal, decorrentes do processo de envelhecimento e perda da capacidade reprodutiva. Há ainda uma significativa associação entre sintomas depressivos e problemas cardíacos, assim como a presença de reumatismo associada a prevalência de transtornos mentais comuns, todavia, a presença de uma ou mais doenças crônicas ou com três ou mais comorbidades associadas, também mostrou-se um fator de risco para o aparecimento do sofrimento psíquico (BRETANHA et al., 2015; DE MEDEIROS et al., 2018; MARCELINO et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2019; SILVA et al. 2018).

A presença de incapacidades funcionais e inatividade física representaram probabilidade duas vezes maior da ocorrência de sintomas depressivos (ROSA; DE LISBOA, 2019; SILVA et al., 2018) Ademais, características sócio econômicas e não estar aposentado, demonstraram maiores riscos de desenvolvimento de transtornos mentais, entre os idosos, isto porque, dificuldades financeiras podem gerar ansiedade e preocupações, somados às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, podem colaborar para o surgimento e também manutenção de quadros depressivos e ansiosos (MARCELINO et al., 2020).

A insatisfação com a vida e opinião subjetiva sobre a própria saúde, mostraram-se associados com a alta morbidade psiquiátrica. Por fim, situações tais como abandono, isolamento social, perda de entes queridos e incapacidade de retornar às atividades produtivas e laborais, são aspectos que comprometem a qualidade de vida, e consequentemente aumentam os riscos de desenvolvimento de transtornos mentais e psiquiátricos (BARCELLOS, 2018; SILVA et al., 2018).

4 CONCLUSÕES

Com base nos resultados encontrados, é possível concluir que um envelhecimento saudável depende de vários fatores, tais como a autonomia, independência econômica e física, capacidade funcional e bom suporte social. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento dos fatores de risco para o aparecimento de transtornos mentais na terceira idade, para que seja possível promover práticas que garantam um envelhecimento populacional saudável, pautado em uma maior atenção à saúde mental dos idosos, além de uma maior facilidade de acesso aos serviços de atenção básica (BARCELLOS, 2018). Tal estudo mostra-se de importante relevância, uma vez que observa-se uma carência de estudos acerca desta temática no âmbito da Psicologia, o qual contribui proporcionando uma maior visibilidade acerca da saúde mental dos idosos, já que a saúde mental mostrou-se muito relevante para uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Liliam Rosany Medeiros Fonseca. **Prevalência dos transtornos mentais comuns e sua associação com a capacidade funcional em idosos.** Uberaba - MG, 2018, 102 f. Dissertação de Mestrado em Atenção à Saúde - Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

BRETANHA, Andréia Ferreira et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 1-12, 2015

DE LIMA SALES, Ana Karla Cruz et al. VIVER BEM NA MELHOR IDADE: BUSCANDO A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 226-230, 2019.

DE MEDEIROS, Fernanda Santana et al. DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 4, n. 3, 2018.

MARCELINO, Evanilza Maria et al. Associação de fatores de risco nos transtornos mentais comuns em idosos: uma revisão integrativa/Association of risk factors in common mental disorders in the elderly: an integrative review. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 22270-22283, 2020.

NAKANO, Tatiana de Cassia; MACHADO, Wagner de Lara; ABREU, Isabel Cristina Camelo de. Relações entre estilos de pensar e criar, bem-estar, saúde percebida e estresse na terceira idade. **Psico-USF**, v. 24, n. 3, p. 555-568, 2019.

OLIVEIRA, Daniel Vicentini de et al. Fatores intervenientes nos indicativos de depressão em idosos usuários das unidades básicas de saúde de Maringá, Paraná, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018043, 2019.

ROSA, Ana Flavia F.; DE LISBOA, Thais OS. **DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE.** Anápolis - GO, 2019, 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia - Unievangélica Centro Universitário.

SILVA, Paloma Alves dos Santos da et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 639-646, 2018.

UCHOA, Verediana Sousa et al. Fatores associados a sintomas depressivos e capacidade funcional em idosos. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

GLOMERULOESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

TISSIANI, Taciê Hartmann; BRUM, Alana Helbich; DALLAPRIA, Daniela; PECINI, Giliane; DALL AGNOL, Paulo Roberto.

URI - Erechim - taciehtissiani@gmail.com - alana_hbrum@hotmail.com -
daniela@dallapria.com.br - gilianepecini@gmail.com - dallagnolprd@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A denominação Glomeruloesclerose Segmentar e Focal (GESF) se refere ao quadro patológico no qual há alterações anatômicas e fisiológicas em parte dos glomérulos renais e integridade de outros. Nessa ocasião, o principal local da lesão é o podócito, responsável por manter a arquitetura glomerular por ter seu citoesqueleto especialmente estruturado. De acordo com Shabaka, Ribera e Fernández-Juárez (2020) apud Kris et al., (1994), eles (os podócitos) podem ser o alvo da lesão de várias maneiras: insultos não mecânicos (sistema imune, toxinas, vírus), insultos mecânicos e doenças genéticas.

Nesse sentido e considerando as complexas consequências renais e sistêmicas causadas por tal doença, o trabalho tem como objetivo analisar a evolução e o tratamento da patologia uma vez que a mesma tem elevadas chances de progredir para Insuficiência Renal Crônica e Transplante Renal. Sendo assim, é indubitável o estudo a respeito de fatores prognósticos.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho se refere a um estudo de caso com abordagem transversal e observacional. Aliado a isso, realizou-se uma breve revisão bibliográfica no banco de dados Pubmed, no qual buscou-se por “Glomerulonephritis” em inglês, entre os anos de 2015 e 2020 e ordenou-se pela relevância fisiopatológica e epidemiológica da GESF em crianças. O acesso ao prontuário do paciente e entrevista foram realizados com a autorização por escrito do mesmo e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

R. F., masculino, pardo, 30 anos, compareceu à consulta médica no ano de 1999, acompanhado pelos pais, os quais referiram que seu filho teve aumento de peso significativo que, posteriormente, foi constatado como sendo edema generalizado com exacerbação em face. Além disso, foi negado qualquer sintoma clínico relacionado a distúrbios renais, exceto a queixa de polaciúria.

Diante disso, o paciente foi encaminhado para o Centro de Referência em Nefrologia em uma cidade na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul onde iniciou investigação diagnóstica. A partir de então, a conduta estabelecida foi a realização de biópsia renal que teve como resultado: lesão esclerosante segmentar e focal com comprometimento túbulo-intersticial leve e infiltrado inflamatório leve, caracterizando uma Glomeruloesclerose Segmentar Focal (GESF), uma das causas

principais da Síndrome Nefrótica. A Síndrome Nefrótica é uma complicação resultante do desarranjo nas paredes capilares glomerulares que acaba facilitando a passagem de proteínas plasmáticas devido ao aumento da permeabilidade da membrana. As principais manifestações clínicas se enquadram em proteinúria maciça (maior que 3,5 g/dia ou mais), hipoalbuminemia (albumina menor que 3g/dL), edema generalizado e hiperlipidemia e lipidúria (ROBBINS; COTRAN, 2016). No presente caso, a Síndrome Nefrótica é secundária a GESF, patologia renal na qual os podócitos dos glomérulos são afetados, causando desequilíbrios funcionais de filtração e perda acentuada de proteínas. Nessa oportunidade, o paciente foi submetido a um acompanhamento integral e completo já que a evolução da doença, a histopatologia renal e a resposta ao tratamento englobam um variado espectro de possibilidades, de maneira que cada paciente pode mostrar grandes diferenças em relação ao prognóstico e à evolução para Insuficiência Renal Crônica e consequente necessidade de transplante renal (ORTIZ, 2014).

Dessa maneira, a conduta estabelecida inicialmente baseou-se em um tratamento farmacológico com objetivo de estabilizar o quadro e evitar complicações precoces, contudo, o diagnóstico etiológico de GESF evoluiu para Síndrome Nefrótica. A GESF é uma síndrome muito rara que pode acometer qualquer idade, atingindo cerca de 7 - 10% de crianças e 20 - 30% de adultos com síndrome nefrótica, sendo mais comum em homens. (SHABAKA; RIBERA; FERNANDÉZ-JUÁREZ, 2020). Durante quase 20 anos o quadro patológico permaneceu estável com consultas de rotina e administração medicamentosa de imunossupressores e anti-inflamatórios esteroidais.

Todavia, no último ano, o paciente em questão teve piora de prognóstico, com falência renal em andamento, sinal que caracteriza Insuficiência Renal Crônica. Dessa forma, foi necessário incluir em seu tratamento a terapia de substituição renal a qual está submetido desde então. Conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Síndrome Nefrótica Primária em adultos, cerca de 50% dos pacientes com GESF evoluem para IRC em 10 anos, havendo ainda a possibilidade de recorrência nos pacientes submetidos a transplante renal. Tendo isso em vista, é lícito ponderar que a GESF é uma das principais complicações precursoras da Síndrome Nefrótica, com um índice correspondente a 45,6% de evolução para o diagnóstico sindrômico secundário (HULL; GOLDSMITH, 2008 apud FERREIRA, 2018), resultando em sintomas e sinais renais e extrarrenais. Sendo assim, é necessário acompanhar o paciente e iniciar tratamento com corticoesteroides e imunossupressores. Contudo, embora seja incluído a terapia medicamentosa, é importante deixar claro que nem sempre apenas isso é suficiente para a remissão da doença, sendo, muitas vezes, necessário incluir o tratamento hemodialítico.

4 CONCLUSÕES

De acordo com o exposto, a incidência da Glomeruloesclerose Segmentar Focal (GESF) está intimamente ligada com o desencadeamento da Síndrome Nefrótica (SN), e é de fundamental importância que o profissional médico detenha conhecimento sobre a sintomatologia característica, bem como os dados epidemiológicos envolvidos, com o objetivo de nortear o melhor plano terapêutico possível.

Sendo assim, uma vez iniciada a terapia medicamentosa para controle da GESF, é imprescindível que o paciente seja submetido a exames periódicos para avaliar a ação dos fármacos no organismo, o que pode implicar no ajuste de dose ou

até mesmo na substituição do medicamento ao longo do tratamento, a fim de se evitar ao máximo a rápida evolução para SN e evidente curso com a IRC.

REFERÊNCIAS

SHABAKA, Amir; RIBERA, Ana Tato; FERNANDÉZ-JUÁREZ, Gema. Focal Segmental Glomerulosclerosis: State-of-the-art- and Clinical Perspective. **Nephron**, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/GESF%20X%20REVISA%CC%83O%2020.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

ORTIZ, Elena Román. Síndrome Nefrótica Pediátrica. **Serviço de Nefrologia Pediátrica**, Valência, 2014. Disponível em: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55200136/Sindrome_nefrotico.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 1320, de 25 de novembro de 2013**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Síndrome Nefrótica Primária em Adultos, Brasília, 2013. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/03/pcdt-sindr-nefrotica-prim-adultos-livro-2013.pdf>> Acesso em: 27 out. 2020.

FERREIRA, Daniel Duarte. Diagnóstico diferencial de doenças que cursam com síndrome nefrótica. Facig, Manhauçu, 2018. Disponível em: <<http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/view/915/807>>. Acesso em: 27 out. 2020.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. Robbins e Cotran – **Patologia - Bases Patológicas das Doenças**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.



IMUNOTERAPIA EM PACIENTE DIAGNOSTICADO COM MELANOMA: RELATO DE CASO

**RIGO, Naiane Ronsoni¹; DEMARCO, Anna Júlia¹; PIOVESAN, Gabriele Lígia¹;
SILVEIRA, Laura dos Santos¹; SARTORI, Juliano².**

URI Erechim – naianeronsoni@hotmail.com - 045491@aluno.uricer.edu.br -
097045@aluno.uricer.edu.br - 097747@aluno.uricer.edu.br - jsartori@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O melanoma é um câncer de pele resultante de modificações moleculares e gênicas nos melanócitos, o que causa alterações no tecido e interfere bioquimicamente na sua funcionalidade. Caracteriza-se por altas taxas de mortalidade, mesmo com uma prevalência menor de 10% de todos casos de cânceres de pele, devido ao seu elevado potencial de metástase e agressividade (CORICOVAC *et al.*, 2018). Um dos fatores predisponentes ao aparecimento deste câncer é a radiação ultravioleta, que está associada a danos no DNA e é responsável por 65% dos casos das mutações cancerígenas por megabase. É possível, nestes casos, fazer a prevenção do melanoma de forma eficaz por meio de menor exposição solar, uso de roupas adequadas e uso de protetor solar. Ainda relacionado a etiopatogenia, estudos apontam que o melanoma possui padrão autossômico dominante, o que torna possível que a herança genética contribua para o aparecimento deste (MICHIELIN *et al.*, 2019; CARVALHO *et al.*, 2004).

No Brasil, a estimativa para 2020 projetou 8.450 novos casos de melanoma, sendo 4.200 homens e 4.250 mulheres (INCA, 2020). Quanto ao número de mortes, é possível verificar 1.791 óbitos, sendo 1.038 homens e 753 mulheres (INCA, 2020). O tratamento do melanoma evoluiu significativamente nos últimos anos com a inclusão de novas estratégias em imunoterapia e alvo-específicas. Dessa forma, elaborou-se o presente trabalho com o objetivo de realizar uma revisão da literatura acerca da utilização da imunoterapia com agente anti-PD-1 em pacientes diagnosticados com melanomas metastáticos ou não ressecáveis, levando em consideração a apresentação de um caso clínico.

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma pesquisa documental, analítica, com base em dados primários de registro médico de um caso clínico de paciente portador de metástase de melanoma em linfonodos axilares que foi encaminhado para tratamento em um centro de tratamento oncológico em um município da região Norte do Rio Grande do Sul, tendo sido empregado em seu tratamento o medicamento alvo denominado pembrolizumabe, um anticorpo monoclonal. Os autores obtiveram do paciente a autorização prévia para o relato sendo registrada no prontuário médico. O estudo foi realizado entre os meses de setembro e outubro de 2020. Para fins de revisão bibliográfica da literatura sobre o tema proposto, utilizou-se busca de artigos e publicações que envolvam informações relacionadas à doença e à

terapêutica supracitada nas plataformas digitais Pubmed, Scielo, Google Acadêmico e sites do INCA (instituto Nacional de Câncer).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente masculino, branco, 58 anos, agricultor, portador de melanoma cutâneo na região supra mamária esquerda. Paciente realizou linfadenectomia axilar esquerda e concluiu-se a ausência de metástases nos cortes histológicos analisados de vinte e oito linfonodos isolados. Após a inspeção da primeira biópsia, o diagnóstico apresentado foi de um melanoma não ulcerado com nível de Clark III (atinge a derme papilar) e Breslow 1,7mm. Além disso, apresentou satelitose macroscópica adjacente à lesão, em região cicatricial, e metástases em região axilar depois de 3 (três) meses do primeiro exame. Então, foi submetido a ressecção cirúrgica oncológica e apresentou metástase de melanoma cutâneo em dois de cinco linfonodos isolados analisados. O maior foco metastático media 3,4 mm e concluiu-se pela ausência de extensão tumoral perilinfonodal. O exame PET-CT oncológico de corpo inteiro (híbrido de tomografia por emissão de pósitron e tomografia computadorizada) demonstrou atividade fisiológica nas glândulas salivares, orofaringe, músculos oculares, cordas vocais, fígado, baço e trato intestinal. Não foram observados comprometimentos de linfonodos cervicais, supraclaviculares, em cadeias mediastinais, hilos pulmonares e regiões axilares patologicamente aumentados ou hipermetabólicos. Identificou-se micronódulos pulmonares com dimensões abaixo dos limites de resolução da imagem com PET-CT. O paciente iniciou em março de 2020 tratamento sistêmico (imunoterapia) com pembrolizumabe na posologia de 200mg a cada 21 (vinte e um) dias, conforme protocolo médico, sendo administrados em acesso venoso periférico. Em outubro de 2020, encontrava-se realizando o sétimo ciclo de imunoterapia, sem intercorrências relatadas até a liberação do presente ciclo. Integrando a lista de problemas detectados no referido paciente, também foi detectada mutação no gene BRAF, a partir do material biológico (DNA isolado do melanoma). De acordo com o estadiamento (TNM-UICC), foi classificado em T3N1M1, Estágio Clínico IV, devido a disseminação metastática no pulmão.

Sabe-se que o sistema imunológico humano é capaz de colaborar na regressão de determinados tipos de câncer. Células T reconhecem alterações celulares típicas de neoplasias, quando estas estão ligadas ao complexo de histocompatibilidade principal (MHC) em células apresentadoras de antígenos (APC) (JORGE, 2019). Esse processo é conhecido como imunoedição e é dividido em três partes: 1) fase de eliminação – as células tumorais são destruídas pelo sistema imunológico; 2) fase de equilíbrio – as células tumorais sobreviventes passam por um estágio de readaptação (edição); 3) fase de escape – as mesmas células tumorais, agora readaptadas, estabelecem um ambiente imunossupressivo, inibindo as ações imunológicas (SILVESTRINI *et al.*, 2018).

O paciente citado acima foi submetido à imunoterapia com agente anti-PD-1 (pembrolizumabe), medicamento indicado no tratamento de melanoma metastático ou não ressecável, que apresenta boas taxas de regressão em indivíduos com mutação do gene BRAF (MUNHOZ *et al.*, 2020). Esta droga é uma das poucas aprovadas para uso em tratamentos oncológicos imunoterápicos no Brasil (SILVESTRINI *et al.*, 2018).

A proteína PD-L1, produzida em grandes quantidades pelas células tumorais, age sobre os receptores dos linfócitos T, chamados de PD-1 (proteínas

transmembrana com função reguladora negativa), impedindo que as células de defesa as destruam (MOTA, 2019). O agente anti-PD-1 (presente na medicação administrada) inibe o checkpoint imune sobre PD-1, restabelecendo a imunidade antitumoral das células T (SILVESTRINI *et al.*, 2018). Desse modo, as células imunológicas do próprio paciente atacam as neoplasias, diferenciando-se de tratamentos como a quimioterapia e a radioterapia, nos quais há a possibilidade de lesão em tecidos saudáveis.

Apesar de ser considerada uma forma de tratamento revolucionária, a imunoterapia também pode trazer efeitos adversos, os quais ainda não totalmente conhecidos devido à recente implantação do método. Foram relatados como efeitos colaterais mais comuns toxicidades dermatológicas, gastrointestinais, endócrinas, pulmonares e musculoesqueléticas. Na maioria dos casos, foram reversíveis após tratamento clínico. O paciente estudado não apresentou efeitos colaterais ao tratamento realizado. Também é necessária atenção para a interação medicamentosa, que pode interferir no tratamento e ser uma possível causa de efeitos adversos (SILVESTRINI *et al.*, 2018).

4 CONCLUSÕES

O melanoma é um câncer de pele oriundo de alterações nos melanócitos com alto potencial de mortalidade, metástase e agressividade. Nesse viés, o inovador uso da imunoterapia com agente anti-PD-1 (pembrolizumabe) para o tratamento de pacientes com melanoma metastático ou não ressecável proporciona benefícios importantes na evolução da doença com menores efeitos colaterais. O caso estudado demonstra a viabilidade da inclusão da imunoterapia para o arsenal terapêutico oncológico no melanoma avançado.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Charles André *et al.* Melanoma hereditário: prevalência de fatores de risco em um grupo de pacientes no Sul do Brasil. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 53-60, Feb. 2004.

CORICOVAC, Dorina *et al.* Cutaneous Melanoma—A Long Road from Experimental Models to Clinical Outcome: a review. **International Journal Of Molecular Sciences**, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 1566-1584, 24 maio 2018.

Instituto Nacional do Câncer, Brasil. <http://www.inca.org.br>

JORGE, Juliano José. Imunoterapia no tratamento do câncer. **Arq Asma Alerg Imunol.**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 133-138, jun. 2019.

MICHIELIN, O. *et al.* Cutaneous melanoma: esmo clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals Of Oncology**, [S.L.], v. 30, n. 12, p. 1884-1901, dez. 2019. Elsevier BV.

MICHIELIN, O. *et al.* ESMO consensus conference recommendations on the management of locoregional melanoma: under the auspices of the esmo guidelines committee. **Annals Of Oncology**, [S.L.], v. 31, n. 11, p. 1449-1461, nov. 2020. Elsevier BV.

MOTA, Augusto. Imunoterapia do câncer: uma nova era. **Rev. Cient. Hsi**, Bahia, v. 3, n. 3, p. 9-19, mar. 2019.

MUNHOZ, Rodrigo *et al.* (Brasil). SBOC. **Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica**: melanoma cutâneo. Melanoma Cutâneo. Disponível em: https://www.sboc.org.br/images/diretrizes/diretrizes_pdfs/2020/lote5/Diretrizes-SBOC-2020---Melanoma-PS-PUBLICAO.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

SILVESTRINI, Anderson Arantes *et al.* **Diretrizes Oncológicas**: imunoterapia. Disponível em: https://diretrizesoncológicas.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%C3%B3gicas-2_Parte39.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NA PREVENÇÃO DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA



ARBOIT, Bruna Regina; PEDRINI, Felipe Luís; BRANDÃO, Arthur Crossi; LAIN, Vinícius Victorazzi

URI Erechim - brunareginarb@gmail.com - felipepedrini9@gmail.com -
arthurcrossibrandao207@gmail.com – vvlain@ucs.br

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as doenças cardiovasculares estão entre as dez principais causas de morte no mundo. Diante disso, a prevenção dessas comorbidades é de suma importância, uma vez que as complicações provenientes das mesmas, como: o infarto agudo do miocárdio, as insuficiências cardíacas, os acidentes vasculares encefálicos, o acometimento renal agudo e crônico, as doenças dos grandes e médios vasos e o acometimento da microcirculação; afetam fortemente o Sistema Único de Saúde e as variadas esferas da saúde populacional. Nesse cenário, este trabalho tem como objetivo a análise dos efeitos do exercício físico na prevenção da doença arterial coronária, visto que essa está envolvida na gênese de complicações cardiovasculares.

2 METODOLOGIA

A abordagem selecionada para a realização da análise Influência do exercício físico nas doenças coronarianas, foi realizada pautando-se na revisão bibliográfica de artigos científicos, revistas e livros especializados no assunto. Dessa maneira, apresentam-se neste resumo múltiplos pontos de vista - teoricamente embasados - acerca da temática supracitada, possibilitando assim, uma leitura palpável a respeito da importância do exercício físico na prevenção da doença arterial coronariana.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A insuficiência de irrigação sanguínea no coração pelas artérias coronárias é a característica da doença arterial coronariana (DAC), diretamente relacionada à obstrução do fluxo sanguíneo pelas placas ateroscleróticas (DE PINHO et al., 2010). A DAC contém vários fatores de riscos relacionados à sua origem, divididos em fatores invariáveis (como idade, sexo, etc.) e fatores variáveis (como dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, tabagismo, etc.) (WANG; AI; ZANG, 2017). Nesse sentido, diante do entendimento da importância da DAC como uma das causas principais de morte no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde, a sua prevenção é um enfoque fundamental para redução de mortalidade e aumento da qualidade de vida populacional.

As mudanças de hábitos de vida são frequentemente recomendadas devido ao impacto gerado na saúde do corpo humano. Entre elas está o exercício físico, o qual, compreende efeitos antiaterogênicos, antitrombóticos, endoteliais e

eletrofisiológicos (OLIVEIRA FILHO, 2005). Esses efeitos agem sobre os fatores de risco para a aterosclerose e, consequentemente, a DAC. A aterogenicidade está relacionada a fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica, resistência à insulina e dislipidemia. Conforme Wang, Dongmei e Zhang (2017), pesquisas demonstram que exercícios aeróbicos e regulares podem reduzir moderadamente o conteúdo de gordura corporal, hipertensão arterial sistêmica, triglicerídeos no sangue e aumento de HDL (lipoproteína de alta densidade), além de otimizar a sensibilidade à insulina e o metabolismo da glicose. Também apontam que exercícios físicos isotônicos reduzem os níveis lipídicos, a pressão arterial sistêmica e a resistência à insulina, principalmente quando associados ao exercício aeróbico. Ademais, Wajchenberg (2002) menciona o efeito antitrombótico, por meio da liberação endotelial de NO e prostaciclina (PGI₂), que inibem a adesão e a agregação plaquetária.

A disfunção endotelial é a principal hipótese para a lesão inicial da aterosclerose, visto que apresenta papel fundamental na manutenção das características de fluidez do sangue, tônus vascular e de sua permeabilidade (WAJCHENBERG, 2002). De Pinho et al (2010), destaca que a oferta reduzida implica em estresse oxidativo, inflamação, erosão e vasoconstrição. Com o exercício físico regular eleva-se a produção de NO e PGI₂, os quais aumentam a vasodilatação e inibem o desenvolvimento da aterogênese, reestenose e processo inflamatório associado (OLIVEIRA FILHO et al., 2005). Um estudo realizado por Goto et al (2003), avaliou o fluxo sanguíneo antes e depois de exercícios leves, moderados e intenso em 26 homens durante 12 semanas. Ao final, concluiu-se que o exercício aeróbico de intensidade moderada elevou a vasodilatação por meio do aumento da produção do NO. Soma-se a isso os seus efeitos eletrofisiológicos. O exercício físico aeróbico e/ou intenso regular, a longo prazo, apresentam a possibilidade de melhora da função física, redução da frequência cardíaca, da pressão arterial sistólica e do consumo de oxigênio do miocárdio e aumento da carga de pressão do coração (melhora da perfusão sanguínea) - e do limiar de isquemia miocárdica (WANG; ZANG, 2017).

Perante esse cenário, a pesquisa feita por Cichock et al (2017) corrobora com os benefícios até então mencionados. Nessa pesquisa, foram considerados dados de 1004 indivíduos, adultos e idosos, os quais foram correlacionados com os fatores do escore de Framingham – um estimador de risco cardiovascular em 10 anos. Os fatores correlacionados foram: idade, sexo, tabagismo, hipertensão arterial e níveis séricos de HDL. Foi constatado pelos pesquisadores que, nos adultos e idosos praticantes de exercícios físicos regulares, moderados ou intensos, houve modulação no escore de Framingham com menor risco para o desenvolvimento de uma doença cardiovascular em 10 anos. Os autores apontam que a não realização de exercícios físicos também poderia ser considerada como um dos fatores de risco cardiovascular. A DAC abarca um conjunto de doenças, como infarto agudo do miocárdio, cardiomiopatia isquêmica, morte súbita, além de muitas vezes, por ser insidiosa, apresentar-se assintomática. Alerta-se, portanto, a importância da sua prevenção, uma vez que suas repercussões, quando não a morte, representam redução da qualidade de vida. O exercício físico, nesse contexto, é revelado como um caminho simples e efetivo, perante seus benefícios quanto a prevenção primária da DAC.

4 CONCLUSÕES

A insuficiência de irrigação sanguínea no coração pelas artérias coronárias é a característica da doença arterial coronariana, e sua principal causadora é a aterosclerose, sendo assim, o melhor modo de prevenir a DAC é coibir o aparecimento de placas de ateroma; nesse quesito, o exercício físico mostrou-se muito pertinente. Exercícios aeróbicos e regulares podem reduzir moderadamente o conteúdo de gordura corporal, hipertensão arterial sistêmica, triglicerídeos no sangue e provocar aumento de HDL, além de otimizar a sensibilidade à insulina e o metabolismo da glicose. Com o exercício físico regular eleva-se a produção de NO e PGI₂, os quais aumentam a vasodilatação e inibem o desenvolvimento da aterogênese, reestenose e processo inflamatório associado. Isto é, esses efeitos benéficos gerados pelo exercício físico são protetores em relação ao aparecimento da DAC.

REFERÊNCIAS

CICHOCKI, M. et al. Atividade física e modulação do risco cardiovascular. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v.21, n.1, 2017, p.21-25.

DE PINHO, R.A. et al. Doença arterial coronariana, exercício físico e estresse oxidativo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.94, n.4, 2010, p.549-555

GOTO, C. et al. Effect of different intensities of exercise on endothelium-dependent vasodilation in humans: Role of endothelium-dependent nitric oxide and oxidative stress. **Circulation**. v.108, n.5, 2003, p.530-535.

KOPECKY, L. S. et al.. Exercise and fitness in the prevention of atherosclerotic cardiovascular disease. 2020.

OLIVEIRA FILHO, J.A. et al. Prevenção primária da doença coronária pela atividade física. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**.v.15, n.2, 2005, p.121-129.

XANG, K., AI, Dongmei, ZHANG, Ning. Exercise for Cardiovascular Disease Prevention and Treatment: From Molecular to Clinical, Part 2. In: XIÃO, J (org). **Exercise Benefits Coronary Heart Disease**. Shanghai: Advances in Experimental Medicine and Biology, 2017. p.3-7.

XIÃO, J. Exercise for Cardiovascular Disease Prevention and Treatment: From Molecular to Clinical, Part 2. **Shanghai: Advances in Experimental Medicine and Biology**, 2017.

WAJCHENBERG, B.L. Disfunção Endotelial no Diabetes do Tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. v.46, n.5, 2002, p.514-519.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA AO DIAGNÓSTICO DE MELANOMA

BOURCKHARDT, Taina da Rosa; WILK, Adriana Elisa

URI Erechim – taina@vivaldi.net – adrianawilk@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O uso de inteligência artificial (IA) e, em especial de *deep learning*, junto do poder computacional acentuadamente aprimorado e do armazenamento em nuvem têm impactado em reestruturações em todos os setores. Na medicina, tais tecnologias começam a reverberar em três níveis: para os médicos, predominantemente, por meio da interpretação rápida e precisa de imagens; para os sistemas de saúde, melhorando o fluxo de trabalho e na potencial de redução de erros médicos; e para os pacientes, permitindo-lhes processar seus próprios dados para promoção de saúde (ESTEVA *et al.*, 2017).

O câncer de pele é diagnosticado, principalmente, de forma visual, começando com uma triagem clínica inicial, seguida, em geral, de uma análise dermatoscópica, biópsia e exame histopatológico. A classificação automatizada de lesões cutâneas por meio de imagens é uma tarefa desafiadora devido à variabilidade refinada na aparência das lesões cutâneas (SCHADENDORF *et al.*, 2018).

Para 2020, o INCA estima 8.450 novos casos de melanoma, um tipo de câncer de pele originado nos melanócitos, sendo 4.200 em homens e 4.250 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 4,03 casos novos a cada 100 mil homens e 3,94 para cada 100 mil mulheres. Na Região Sul, o melanoma é mais incidente quando comparado com as demais regiões, para ambos os sexos, em razão da predominância da pele clara, que é a mais suscetível à doença (INCA, 2020).

Embora este seja um dos tipos mais letais de câncer de pele, dado o alto risco de metástase, um diagnóstico precoce pode levar a uma chance muito elevada de sobrevida, chegando a 98% em 10 anos (GERSHENWALD *et al.*, 2017). O presente estudo trata sobre o desenvolvimento de uma aplicação na plataforma Android implementando uma solução embarcada em smartphone para auxiliar o profissional médico na detecção do melanoma usando apenas uma foto da lesão do paciente, com o propósito de suplementar a cooperação humano-IA e o aperfeiçoamento da precisão diagnóstica.

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do aplicativo foram utilizados o ambiente Android Studio e a biblioteca Tensorflow, visto que esta possibilita utilizar os modelos treinados no computador diretamente no *smartphone*, bastando salvar o referencial com os pesos aprendidos em um arquivo, aproveitando esses parâmetros para a avaliação uma nova imagem. A vantagem de embarcar o modelo é que não há

dependência de internet, tomando como pressuposto as regiões onde os profissionais da saúde têm pouco ou nenhum acesso à internet.

O Android, sistema operacional (SO) móvel mais utilizado no mundo, é baseado no núcleo Linux e atualmente desenvolvido pela empresa de tecnologia Google. Os aplicativos deste SO podem ser construídos usando as linguagens de programação Java, Kotlin e C/C++. A linguagem Kotlin foi a escolhida para esse projeto, pois é a mais moderna, com várias ferramentas que facilitam a programação. Para comunicação com o sistema Android é utilizado o Kit de Desenvolvimento de Software (SDK), o qual permite ao desenvolvedor utilizar todas as funcionalidades providas pelo sistema.

O conjunto de imagens (Figura 1, vide apêndice) para o banco de dados provém de um repositório de acesso aberto, o ISIC Archive, composto estritamente por lesões melanocíticas comprovadas por biópsia e indicadas como malignas ou benignas. Como a classificação final será binária, a base comparativa da aplicação contém 1072 amostras de melanoma e 3315 de não-melanoma, resultando em 4387 imagens.

Ainda, o estudo conta uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e exploratório acerca de melanoma e usos da IA na segmentação de imagens, por meio da busca de produções relevantes dos últimos 5 anos nas bases de dados ScienceDirect, PubMed e Research Gate.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A transformação maligna dos melanócitos em melanoma metastático é o resultado de um processo que requer uma complexa interação entre desencadeadores exógenos e endógenos, bem como fatores intrínsecos ao tumor e relacionados ao sistema imunológico. Embora os melanócitos raramente se dividam (menos de duas vezes por ano), o índice proliferativo cresce de forma contínua à medida que as neoplasias melanocíticas evoluem sequencialmente, em um processo acompanhado por um aumento constante de mutações pontuais e alterações no número de cópias (TRACEY; VIJ, 2018).

Apesar de muitas mutações patogenticamente relevantes no melanoma sejam assumidas como originadas de uma ação mutagênica direta de raios ultravioleta B e ultravioleta A, efeitos indiretos, como a produção de radicais livres resultantes da interação bioquímica do ultravioleta A com a melanina também causam mutações e aberrações genéticas. Semelhante a outros cânceres, a transformação maligna em melanoma segue um modelo genético sequencial que resulta na ativação constitutiva da transdução de sinal oncogênico (GAJOS-MICHNIEWICZ; CZYZ, 2019).

A maioria dos melanomas de alto risco é prontamente detectada e diagnosticada por inspeção visual por um médico experiente por causa de sua pigmentação proeminente e padrão morfológico. No entanto, para melanomas finos ou não pigmentados (amelanóticos), as técnicas de imagem de suporte mostraram melhorar a precisão do diagnóstico (SCHADENDORF, 2020).

Sem suporte técnico adicional, dermatologistas têm uma taxa de precisão de 65%-80% no diagnóstico de melanoma. Em casos suspeitos, a inspeção visual é complementada com imagens dermatoscópicas obtidas com uma câmera especial de alta resolução e lupa. Durante essa análise, a iluminação é controlada e um filtro é usado para reduzir os reflexos cutâneos, tornando visíveis as camadas mais profundas da pele. A combinação de inspeção visual e imagens dermatoscópicas

resulta em uma precisão absoluta de detecção de melanoma de 75%-84% por dermatologistas (ESTEVA, 2017). É neste ponto que a visão computacional pode ajudar a otimizar o processo. Uma rede neural profunda pode ser treinada em milhares de imagens de ambas as categorias, ou seja, melanoma ou não-melanoma. Ao aprender as interações não lineares, o modelo pode dizer a qual classe a imagem pertence. Há fortes evidências de que esta automação não só pode resultar em uma maior eficiência em evitar falsos positivos e negativos, como também reduzir o tempo e o investimento necessários para um diagnóstico preciso (ABHINAV; DHEEBA, 2020).

Nesta linha de raciocínio, a Figura 2 demonstra a interface do aplicativo projetada para o sistema Android. O usuário fornece uma imagem da lesão de pele como entrada. Esta pode ser obtida através da câmera da aplicação em “TIRAR FOTO” ou na galeria do dispositivo, por meio do ícone “GALERIA”. Essa imagem é então transformada em uma distribuição de probabilidade sobre classificação binária considerada. Para extrair as características de assimetria, borda, cor e diâmetro são necessárias algumas etapas, como: pré-processamento da imagem, segmentação para identificar a área de interesse e extração de características. Os atributos selecionados formam um vetor de características, que é utilizado como dado de entrada para um classificador. Como classificadores, são utilizados algoritmos que calculam o resultado associando pesos para cada característica.

O resultado mais provável (por exemplo, melanoma) é então exibido na tela seguinte, “AVALIAÇÃO AUTOMÁTICA” (Figura 3). O processo de inferência é quase em tempo real e a acurácia da aplicação é de 92,66%. Há certa complexidade em comparar resultados, dada a enorme gama enorme de fatores, como as diversas formas de separar as classes e diferentes bases de dados. Apesar disso, o resultado obtido se mostra competitivo com os demais, o que reforça que o uso de rede neural convolucional (CNN) pode ser uma boa solução para o problema apontado.

4 CONCLUSÕES

O *app* demonstra grande potencial para auxiliar médicos na diferenciação do melanoma e seus precursores em lesões benignas, podendo, em última escala, reduzir procedimentos cirúrgicos desnecessários em lesões benignas e detectar precocemente melanomas de aparência clinicamente atípica. Ademais, tal modelo pode ser implementado em locais onde há carência de médicos especializados, suplementando a promoção e prevenção em saúde aos que carecem de atendimento qualificado.

Do ponto de vista da tecnologia da informação, uma das vantagens da utilização de CNN nesta aplicação é que consegue inferir informações além da regra ABCDE, que por vezes se torna uma grande limitação nos métodos convencionais, que só contém as características extraídas explicitamente.

Por fim, objetivando melhorar os resultados apresentados, vê-se a necessidade de obtenção de mais imagens para o banco de dados, pois o resultado da CNN é altamente dependente da quantidade de fotografias providas. O contato com dermatologistas pode ajudar a delinear melhor o problema e na definição assertiva de quais informações são úteis ao diagnóstico.

REFERÊNCIAS

ABHINAV, Sagav; DHEEBA, Jacob. **Convolutional Neural Networks for Classifying Melanoma Images**. BioRxiv, Nova Iorque, p. 12-24, 23 maio 2020. Disponível em: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.05.22.110973v2.full>. Acesso em: 17 out. 2020.

ESTEVA, Andre *et al.* **Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks**. Nature, 542, 115-118 (2017).

GAJOS-MICHNIEWICZ, Anna; CZYZ, Malgorzata. **Role of miRNAs in Melanoma Metastasis**. Cancers, Basileia, v. 11, n. 326, p. 88-111, 7 mar. 2019.

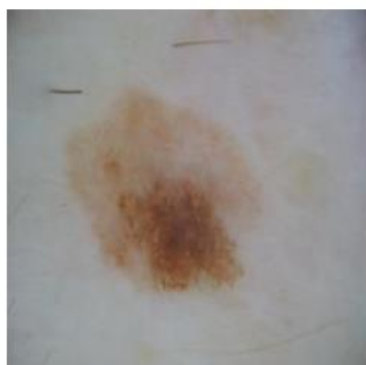
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

GERSHENWALD, Jeffrey E. *et al.* **Melanoma Staging**: Evidence-Based Changes in the American Joint Committee on Cancer Eighth Edition Cancer Staging Manual. CA: A Cancer Journal for Clinicians, Atlanta, v. 67, p. 472 - 492, 7 ago. 2020. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21409>. Acesso em: 27 out. 2020.

SCHADENDORF, Dirk *et al.* **Melanoma**. The Lancet, Londres, 2018, v. 392, n. 10151, 15 set. 2018. Seminar, p. 891-984.

TRACEY, Elisabeth Hamelin; VIJ, Alok. **Updates in Melanoma**. Dermatologic Clinics, Cleveland, v. 37, p. 73-82, 20 nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.08.003>. Acesso em: 18 out. 2020.

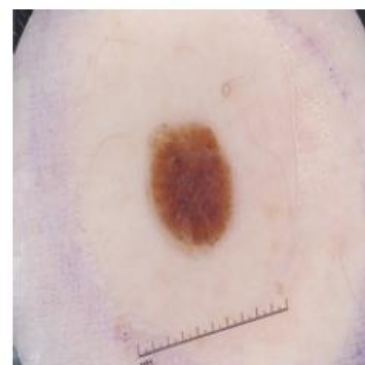
APÊNDICES



(a) Melanoma



(b) Nevus



(c) Seborrheic keratosis

Figura 3. Exemplos de imagens presentes no repositório ISIC.

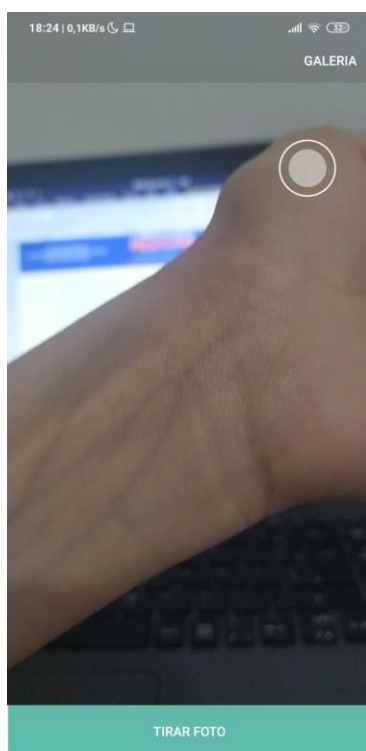


Figura 1. Interface inicial da aplicação

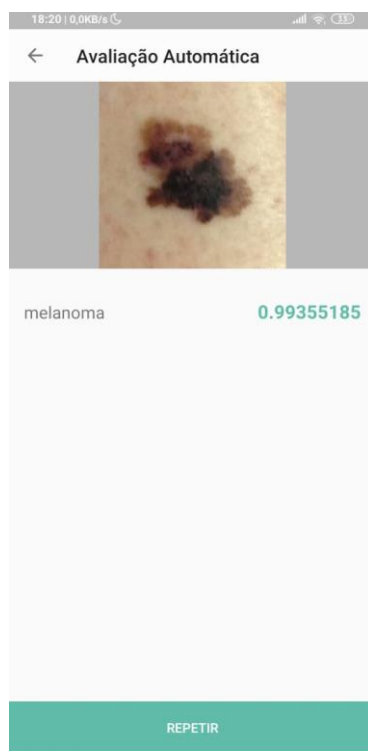


Figura 2. Resultado da avaliação (a partir de uma imagem da galeria)



Figura 4. Seleção da área de interesse na imagem, processo este que antecede o resultado

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: O PRIMEIRO ANO DE VIDA

NEGRÃO, Lethicia Frez; ADAMI, Gabriela Dias; DE CESARO, Bruna; SILVA, Isadora Cristina da; RIZZATTO, Gabriele; WODZIK, Grégor Luiz; CHINAZZO, Luciana Korf; DALBEM, Juliane Sauter

URI Erechim – lethiciafrez098@gmail.com - gabiaad60@hotmail.com - brunaalbierodecesaro@gmail.com – isadora_cristina_s@hotmail.com - rizzattogabriele@gmail.com - gregwodz@gmail.com - lucianachinazzo@uricer.edu.br - julianedalbem@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Para monitorar o progresso da criança e identificar atrasos ou anormalidades no desenvolvimento, os pediatras precisam entender o crescimento normal, o desenvolvimento e o comportamento infantil (NELSON, 2013). A identificação de crianças com atrasos no desenvolvimento da fala, alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado e agressividade é fundamental para a intervenção precoce e o bom prognóstico (BRASIL, 2012).

No dia a dia dos serviços, especialmente na atenção básica, cabe aos profissionais de saúde, não apenas ao pediatra, orientar os pais em relação ao desenvolvimento das funções fisiológicas e comportamentais da criança, tais como: “choro, padrão de sono, controle de esfíncteres, sexualidade e disciplina” (BRASIL, 2012). Essa observação e orientação é reforçada pela “familiaridade com as teorias de desenvolvimento e com a compreensão dos modelos de desenvolvimento que descrevem os padrões normais de comportamento” (NELSON, 2013).

Na abordagem do desenvolvimento infantil, costuma-se distinguir desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. No entanto, esses aspectos estão interligados e influenciam-se mutuamente durante a vida do indivíduo (BRASIL, 2012). Instrumentos da avaliação do desenvolvimento, como os testes de Gesell e de triagem de Denver, que se utilizam dessa abordagem fragmentada, consideram habilidades que são, na realidade, um misto de manifestações das funções cognitiva, motora, sensorial, psíquica, social e linguagem (HASSANO, 2011).

Dessa forma, a partir de uma visão integral da saúde da criança, objetiva-se, neste trabalho, abordar os marcos do desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida. À vista disso, busca-se compreender, em ordem cronológica, as etapas pelas quais o lactente deve passar para atingir seu desenvolvimento pleno, e com isso, subsidiar o leitor para suspeitar de casos de alterações no desenvolvimento infantil.

2 METODOLOGIA

Para a construção desta revisão bibliográfica, foram revisados artigos publicados nos últimos dez anos, bem como manuais e livros-texto de pediatria. Os critérios de seleção basearam-se no tema de interesse, 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, bem como nos

sites do Ministério da Saúde e das Sociedades Brasileiras de Pediatria e Neurologia Infantil. Utilizou-se como palavras-chave “marcos do desenvolvimento” e “pediatria”.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Os acontecimentos mais dramáticos no crescimento e desenvolvimento ocorrem antes do nascimento” (NELSON, 2013), sendo seu estudo fundamental no campo da embriologia, obstetrícia e cirurgia fetal. No que concerne à pediatria, no entanto, torna-se mais oportuno evidenciar os marcos do desenvolvimento referentes ao período pós-natal, uma vez que sua observação permite a identificação de desvios da normalidade.

O primeiro ano de vida é marcado por grandes mudanças no desenvolvimento infantil. Já no período neonatal, que começa no nascimento e abrange o primeiro mês de vida, ocorrem transições fisiológicas marcantes em todos os sistemas de órgãos, e o recém-nascido (RN) aprende a responder a muitas formas de estímulos externos. Durante a primeira semana, o peso do RN diminui, porém, os RNs recuperam ou excedem o peso de nascimento com 2 semanas de idade, sendo o primeiro mês o período de crescimento mais rápido após o nascimento. A fixação do olhar, o voltar da cabeça e a sucção podem ser usados para avaliar a cognição e a percepção do lactente. O fato de o lactente voltar a cabeça preferencialmente na direção da voz de sua mãe é uma evidência da memória de reconhecimento (NELSON, 2013).

O marco principal no início dos dois meses de vida da criança é o sorriso social. Nessa fase os infantes emitem sons em resposta aos seus cuidadores, além de já desenvolverem a capacidade do reconhecimento da mãe. Eles também podem unir suas mãos na linha medial, e em posição de pronação começam a elevar, não somente a cabeça, mas também a parte superior do tronco, apoiando-se no antebraço. No terceiro mês de vida, além do controle da cabeça, a criança já é capaz de rolar para os lados, sendo esse um pré-requisito para a marcha (HASSANO, 2011), e expressar alguns sentimentos, através da expressão facial (SHARF et al., 2016), da vocalização e de gritos (HASSANO, 2011).

No decorrer do 4º e 5º mês de vida, os progressos no desenvolvimento social e de linguagem são notáveis, principalmente aos rostos e vozes familiares ao bebê. São marcos característicos dessa fase: sorriso espontâneo, riso alto, balbucios com expressões e imitações, choros distintos para manifestar diferentes necessidades e demonstração de afeto, felicidade e tristeza. Quanto à progressão dos domínios cognitivos e motores, nesse período a criança tenta pegar objetos, levá-los a boca e chacoalhá-los e seus olhos são capazes de seguir movimentos em 180°. Ainda, a criança é capaz de rolar da posição supina para prona e posteriormente o oposto e sentar-se com o apoio do tronco e transferir o apoio para a pelve após algum tempo (SHARF et al., 2016.). Complementarmente, durante essa idade, a atividade reflexa primitiva tende a ser inibida, a maioria delas evoluem para movimentos voluntários, ou desaparecem completamente. Entretanto, alguns reflexos, como o de Moro e o tônico-cervical assimétrico, podem perdurar além do 4º e 5º mês (HASSANO, 2011).

No tocante ao 6º mês, a criança permanece sentada quando colocada na posição e no 7º mês de vida já senta sem apoio. Aos 6 meses a criança adquire a habilidade de rolar, além de conseguir segurar objetos com as duas mãos, sendo um sinal de alerta se a criança usa somente uma única mão (HASSANO, 2011). Nessa fase o bebê apresenta reação frente a pessoas desconhecidas e começa a arrastar-se e a engatinhar, além de começar a apresentar padrões de sono (BRASIL, 2012).

Ainda, nessa fase, ocorre a introdução alimentar, sendo lenta e gradual, respeitando a resposta da criança. A mãe é orientada a continuar o aleitamento materno por livre demanda juntamente com a oferta de papa de fruta e papa principal (BRASIL, 2012).

No 9º mês, no aspecto social, espera-se que o bebê tenha um estranhamento natural com desconhecidos e se apegue as figuras conhecidas (SBNI, 2019), que tenha brinquedos favoritos e apego ao objeto de transição, descrito por Winnicott, para ajudar nessa fase exploratória que o bebê vive, dentro dos parâmetros de separação-indivuação estipuladas por Mahler. É capaz de juntar sílabas que já pronunciava antes, de entender um não e de reconhecer objetos, apontando para conseguir esse entendimento. A interação com as pessoas influencia muito na aquisição de novos sons, e começa a usar a linguagem verbal e não verbal para expor seus sentimentos (SBNI, 2019; NELSON, 2013). Já referente ao cognitivo, o lactente passa a observar e estar mais atento, sendo capaz de procurar, brincar de esconder objetos e levar os brinquedos à boca. Também consegue movimentar objetos para os lados e pegá-los com o movimento de pinçamento (SBNI, 2019).

A aquisição da constância pelo objeto permite que o lactente passe pela fase exploratória e aumente a complexidade de suas brincadeiras conforme aprende com o ambiente, ganhando autonomia e expressando cada vez mais suas vontades (NELSON, 2013). No âmbito motor, a independência torna-se cada vez maior, pois o bebê já engatinha ou arrasta-se, senta-se sem apoio e puxa-se para levantar, permitindo observação e exploração maiores (SBNI, 2019). É importante ficar atento a sinais de atraso, como não balbuciar, não reconhecer seus familiares, não brincar de passar de uma mão para outra e não conseguir sentar sem apoio (SBNI, 2019).

Ao chegar aos 12 meses, a criança torna-se mais tímida e tem aversão a estranhos, preferindo a companhia de rostos conhecidos. O medo começa a se manifestar em situações de perigo, mas ao mesmo tempo a criança explora cada vez mais e de maneiras diferentes os espaços e objetos (SBNI, 2019). A aquisição do movimento em pinça do polegar e indicador e uma coordenação mais fina, proporcionam exploração de novos objetos e a aquisição da marcha em pé permite que a autonomia e a participação do bebê sejam cada vez mais evidentes (NELSON, 2013). A tentativa de comunicação oral fica cada vez mais evidente com a articulação das primeiras manifestações com sentido como “mama” e a imitação das palavras. Nessa fase, a criança consegue descrever corretamente objetos e começa a usá-los de forma correta. Ainda, adquire a habilidade de seguir instruções e achar objetos, empregando mais lógica em suas ações, como guardar objetos na caixa (SBNI, 2019). Sinais de atraso nessas ações ou perda de conquistas já adquiridas, são alertas no desenvolvimento dessa criança (SBNI, 2019).

4 CONCLUSÕES

O pediatra deve estar habilitado para analisar os estágios de desenvolvimento ao acompanhar a criança nas consultas. Para poder realizar esse acompanhamento, a família deve estar totalmente integrada para observar as funções que foram ou não adquiridas. Por isso, o pediatra deve manter a família sempre informada do que irá ocorrer a cada fase (BRASIL, 2002).

Para melhorar a investigação, é importante lembrar que todas as áreas de avaliação, motora, sensorial, cognitiva, psíquica, social e linguagem, estão interligadas, exigindo uma avaliação global do lactente. Importante enfatizar também que a estimulação do bebê em todas as fases melhora seu envolvimento e vínculo com a família (SBNI, 2019; HASSANO, 2011). Se esse monitoramento em conjunto

de todos os fatores envolvidos no desenvolvimento infantil for realizado, é possível identificar e tratar a criança precocemente, melhorando o prognóstico, garantindo seu melhor desenvolvimento mesmo com as limitações apresentadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

HASSANO, Alice Y. S. Desenvolvimento Neuropsicomotor no Primeiro Ano de Vida. **Revista de Pediatria SOPERJ** - suplemento, p9-14, 2011.

NELSON. **Tratado de Pediatria** - Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robert Kliegman. **19ª Edição.** Elsevier. 2013.

SCHARF, Rebecca J.; SCHARF, Graham J.; STROUSTRUP, Annemarie. Developmental Milestones. **Pediatrics in Review.** Vol 37. 2016.

Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil (SBNI). **Aprenda os sinais. Aja Cedo.** 2019, OmniFarma.

MÚLTIPLAS LESÕES POR ARMA BRANCA: UM RELATO DE CASO

**ROSS, Giovanna Sanagiotto; ZORZI, Gabrielle Trevisan; CASSEL, Laura;
PAGNONCELLI, Rafaela Poliana; SALA, Vivian Pizzatto; JUCHEM, José
Felipe Goularte; MIRANDA, Maycon Martins**

URI - Erechim - giovannasttr@gmail.com - laucassel@hotmail.com -
gabriellezorzi@yahoo.com.br - rafa.pagnoncelli@icloud.com vivi.pizzatto@gmail.com -
drjosejuchem@gmail.com - maikonmartins2@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Os ferimentos cardíacos penetrantes apresentam taxas elevadas de mortalidade, causando morte já no local do acidente ou antes da chegada ao hospital em 60 a 80% dos casos, sendo que somente 10% dos pacientes tem a chance de recurso terapêutico. As causas principais de morte são o tamponamento cardíaco e o choque hipovolêmico por exsanguinação, condições que demandam diagnóstico pontual e tratamento imediato. O amparo cirúrgico urgente é decisivo na grande maioria dos casos e, por isso, o pronto reconhecimento das lesões torna-se essencial para a condução de um bom prognóstico (MONTEIRO; PEREIRA, 2014) (JUNIOR *et al.*, 2013).

2 METODOLOGIA

O presente estudo está fundamentado no relato de um caso clínico de paciente pertencente ao Serviço de Cirurgia Geral de um hospital da região Norte de Erechim, alicerçado em um consentimento informado acerca do trabalho desenvolvido, permitindo a divulgação de informações clínicas, laboratoriais e intervencionista, abrangendo os meios utilizados para a correção do evento ocorrido. Ademais, foi realizada pesquisa bibliográfica e revisão da literatura médica disponível em livros e artigos científicos objetivando uma comparação entre o presente relato de caso e outros publicados previamente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se do paciente L.J., 36 anos de idade, masculino, encaminhado ao Serviço de Emergência de um hospital público no norte do Rio Grande do Sul em decorrência de agressão física resultando em múltiplas lesões por arma branca. As lesões ocorreram no nível de quarto e quinto espaço intercostal direito, no membro inferior direito e membro superior direito, na fossa ilíaca direita e na transição tóraco abdominal direita. Ao exame no primeiro atendimento, que ocorreu vinte minutos após o incidente, o paciente encontrava-se hemodinamicamente estável e em estado de agitação, evoluindo com a Tríade de Beck (queda da pressão arterial, aumento da pressão venosa central e bulhas hipofonéticas). Após avaliação multidisciplinar, a nível de bloco cirúrgico, foi realizada pela equipe a colocação de um dreno de tórax à direita a fim de drenar pequeno hemotórax de mesmo lado. Ademais, foi realizada uma Laparotomia exploratória, em que foi indiciada uma lesão

vesical pouco importante e lesão superficial de lobo hepático direito. Somado a isso, a realização de uma Toracotomia ântero-lateral a esquerda a nível do quinto espaço intercostal de maneira a resolver o tamponamento cardíaco decorrente de laceração do miocárdio e pericárdio. A abertura do pericárdio foi realizada no sentido vertical a fim de evitar a secção do nervo vago. Foi realizado o reparo cardíaco com prolene 3-0 e, após, foi necessário a colocação de um dreno de tórax em mediastino. No pós-operatório recente, paciente foi internado em unidade de terapia intensiva durante três dias e evoluiu sem complicações, com a retirada do dreno no quarto dia de internação. Permaneceu em enfermaria após esse período, recebendo alta hospitalar no 12º dia pós-operatório. Ademais, o paciente continuou com sonda vesical de demora por 15 dias como tratamento da lesão vesical.

Lesões por armas brancas podem ter diferentes proporções e desfechos. Casos de danos a órgãos internos são frequentemente associados à outras lesões, como hemopneumotórax e fraturas. A mortalidade por trauma de tórax varia de 15% a 77% de acordo com a magnitude do trauma e estruturas envolvidas. Uma abordagem multidisciplinar e precoce intervenção cirúrgica se correlaciona com uma melhor prognóstico (ZEBELE, et al., 2011).

Em relação a epidemiologia, em estudo realizado no hospital público de Paracatu-MG foi possível inferir um perfil de maior prevalência em casos de lesão por armas brancas entre os indivíduos do sexo masculino. Notou-se que 75% de todos os pacientes vítimas de lesões cortantes eram homens e 41,7% possuíam idade entre 20 e 29 anos (DA SILVA, et al., 2017). O perfil do paciente em questão corrobora esta análise.

4 CONCLUSÕES

O presente relato permite concluir que lesões por arma branca são relativamente mais frequentes em indivíduos jovens do sexo masculino, possivelmente por conta do comportamento de risco e o envolvimento com a violência. Lesão perfuro-cortante por arma branca leva a uma alta taxa de letalidade, principalmente por conta do risco de atingir órgãos cruciais, como o coração, o fígado e grandes vasos, e assim, levar a uma rápida instabilidade hemodinâmica comprometendo o prognóstico. Dessa forma, torna-se imperioso e necessário um atendimento conforme protocolo de politrauma para efetivar a correta e eficaz assistência ao paciente. Com isso, a identificação dos locais em que ocorreram as lesões, que no caso acima foi de extrema importância, será imediata e as condutas serão realizadas de maneira correta.

REFERÊNCIAS

DA SILVA LAP, et al. **Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário.** Revista de Medicina da USP, 2017;96(4):246-54.

JUNIOR, Carlos *et al.* **Trauma cardíaco penetrante** Penetrating cardiac trauma. [s. l.], p. 198–206, 2013.

MONTEIRO, Bruno; PEREIRA, Tavares. **“Trauma Cardíaco Penetrante: Experiência De 20 Anos Em Um Hospital Universitário”** “. [s. l.], 2014.

ZEBELE C, et al. An unusual case of left chest stab wound. **Asian Cardiovascular & Thoracic Annals**, 2011;19(5):349- 51.

O EIXO INTESTINO-CÉREBRO, ALFA-SINUCLÉINA E A RELAÇÃO COM A DOENÇA DE PARKINSON

BRESSIANI, Paolla Favaro; NASCIMENTO, Vivianne Amanda do; DEMARCO, Bruno

URI Erechim – paollabre@gmail.com - vivianneamandda@gmail.com-
drbrunodemarco@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é citada como uma doença neurodegenerativa crônica e progressiva. O seu sinal mais característico é o tremor concomitante com a rigidez e a bradicinesia (lentificação dos movimentos). A DP é representada pela presença anormal de agregados de alfa-sinucleína, essa agregação mal dobrada, possui os corpos de Lewy, que quando acumulados são a principal marca da patologia (BREEN, 2019). Nos últimos tempos, esses agregados foram alvo de grandes pesquisas, a fim de esclarecer sua real relação com a patologia. Acredita-se que a doença pode ocorrer de duas formas: a primeira iniciando no cérebro e depois afetando o intestino e a segunda iniciando no intestino e se estendendo até o cérebro. Essas situações ocorrem devido a conexão que existe via nervo vago e sistema imunológico entre os dois órgãos envolvidos.

2 METODOLOGIA

A fim de percorrer acerca do tema do Parkinson e relacioná-lo com a microbiota intestinal foi realizada a revisão bibliográfica em busca de artigos sobre a Doença de Parkinson em si, abordando seu diagnóstico e tratamento, e sobre o eixo cérebro-intestino, associando-o com a patologia. Para a localização dos artigos a pesquisa foi realizada nas plataformas do PubMed, Google Acadêmico e Scielo por meio de palavras chave.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Doença de Parkinson é a segunda enfermidade neurodegenerativa que mais atinge pessoas no mundo (MEDEROS et al., 2017). Há sintomas motores que incluem bradicinesia, tremores de repouso e rigidez muscular e os sintomas não motores incluem a deficiência cognitiva, depressão, cansaço, hipotensão ortostática e disfunção intestinal.

A disfunção intestinal é alvo crescente em suas evidências clínicas. Tal fato ocorre pela hipótese da microbiota intestinal poder estar diretamente associada com a causa e não apenas com efeitos secundários da doença (CRYAN et al., 2019).

Na DP há perda de neurônios dopaminérgicos na zona nomeada substância nigra pars compacta, localizada no mesencéfalo. Outro componente são os corpos de Lewy, definidos como agregados proteicos compostos principalmente por alfa-sinucleína e ubiquitina (PERFEITO, 2012).

O aumento dos estudos abriu a possibilidade de se dividir a DP em dois subtipos: o primeiro sendo de cima para baixo e o segundo de baixo para cima. O primeiro mostra a patologia como inicialmente se conhecia, com início no cérebro e posteriormente indo para o corpo até o intestino. Já o segundo é descrito com início no intestino, que percorre célula a célula pelo nervo vago até o cérebro (condição semelhante a que ocorre com os príons) (HORSAGER et al., 2020). Assim, os estudos atuais buscam aprofundar esse segundo subtipo para que se possa entender a influência da microbiota na doença e se utilizar desse conhecimento para inovar em tratamentos mais eficientes.

A colonização do intestino começa a se formar no recém-nascido a partir do contato com a mãe e com o ambiente. Isso pode ocorrer através da exposição durante a amamentação ou pela utilização de antibióticos, infecções, genética e estresse. Já na vida adulta a maior influência sobre a microbiota ocorre pela dieta e essa variação pode modular a gravidade da DP (CRYAN et al., 2019).

O eixo intestino cérebro tem sido alvo de muitas pesquisas, isso porque tendo o intestino conexão direta com o sistema nervoso central (SNC) ele influencia no humor, cognição, emoções, entre outros. Atualmente, sabe-se que a DP pode iniciar no intestino e posteriormente no cérebro. Isso porque o intestino e sua microbiota têm importante influência sob o sistema nervoso. Uma das conexões entre o trato gastrointestinal e o cérebro é o X par craniano, o nervo vago, originado no bulbo. Este nervo envia aferências para regulação dos sistemas cardiovascular, respiratório e funções gastrointestinais (BREEN, 2019).

Cabe citar que a DP é uma sinucleinopatia, assim caracterizada por acúmulo de alfa-sinucleína na forma de agregados filamentosos intracelulares (PERFEITO, 2012). A alfa-sinucleína é uma fosfoproteína e principal componente dos corpos de Lewy, presentes nas doenças neurodegenerativas. Estudos apontam que a ausência de alfa sinucleína não altera o desenvolvimento normal e também aumenta a liberação de dopamina nas vias nigroestriatais, dessa forma, sua presença sugere efeito modulador negativo da dopamina (ABELIOVICH, 2000). Tal fato ocorre porque a dopamina (L-dihidroxifenilalanina) é sintetizada a partir da tirosina por meio da tirosina hidroxilase (TH). A alfa-sinucleína influencia na TH de duas formas: 1. o aumento dos níveis de alfa-sinucleína diminui a atividade do promotor de TH; 2. Liga-se a TH prevenindo sua fosforilação. Sendo, portanto, um regulador da atividade do TH (YSHII, 2011).

Seguindo, a expressão de alfa-sinucleína no intestino pode ser induzida por infecções ou inflamações da parede intestinal, posteriormente esta proteína pode ser transportada para o cérebro pela via do nervo vago, fazendo-se presente a doença de início periférico. De modo semelhante, a alfa-sinucleína também pode se transportar do cérebro para o nervo vago, sendo a forma de início central da doença (BREEN, 2019).

Além disso, outra forma de interação é pela microbiota, que, por exemplo, produz maior parte da serotonina do corpo, essencial para regulação das funções fisiológicas. Pelas vias neuroendócrinas e enteroendócrinas moléculas (metabólitos do triptofano, ácidos biliares secundários, ácidos graxos de cadeia curta) interagem não só com células e sistema imunológico, mas também podem cruzar a barreira intestinal, entrando na circulação sistêmica com possibilidade de atravessar a barreira hematoencefálica. Assim, influenciam mecanismos de sinalização endógenos do SNC, além de contribuir para produção de moléculas como GABA, norepinefrina e dopamina (MARTIN et al., 2018).

Dessa forma, é observado o benefício da dieta adequada e do uso de probióticos como estratégia terapêutica para o tratamento de pacientes com a Doença de Parkinson, a fim de melhorar a função cerebral (MEDEROS et al., 2017). Afinal, a manipulação da microbiota intestinal, mostra impactar positivamente na qualidade de vida dos pacientes com a DP, pelo fato de agir não só nos sintomas motores, como também nos não motores - depressão, déficit cognitivo e alteração da função intestinal (MARGARITA et al., 2017).

4 CONCLUSÕES

A interação entre o intestino e o cérebro é uma via dupla, ambos com capacidade de regular e influenciar um no outro. Com base nisso pode-se observar a importância do estado intestinal, pois pode corroborar para o desenvolvimento da doença de Parkinson. Por outro lado, também, encontra-se via adicional de tratamento por meio da dieta específica, a qual poderia lentificar o curso da doença, assim como preventivamente reduzir as chances de desenvolver DP.

REFERÊNCIAS

ABELIOVICH A., SCHMITZ Y., FARINAS I., CHOI-LUNDBERG D., HO W.H., CASTILLO P.E., et al. Mice lacking alpha-synuclein display functional deficits in the nigrostriatal dopamine system. **Neuron** 2000;25:239–52.

BREEN DP, HALLIDAY GM, LANG AE. Gut-brain axis and the spread of α -synuclein pathology: Vagal highway or dead end?. **Mov Disord**. 2019. doi:10.1002/mds.27556

CRYAN JF, O'RIORDAN KJ, SANDHU K, PETERSON V, DINAN TG. The gut microbiome in neurological disorders. **Lancet Neurol**. 2019. doi:10.1016/S1474-4422(19)30356-4

HORSAGER, J., ANDERSEN K.B., KNUDSEN K., SKJAERBAEK C., FEDOROVA, T.D., OKKEL N., et al. Brain-first versus body-first Parkinson's disease: a multimodal imaging case-control study, **Brain**, awaa238. 2020.

MARGARITA, G.C., DEL. ROCIO, M.G.M. Comunicación bidireccional de la microbiota intestinal en el desarrollo del sistema nervioso central y en la enfermedad de Parkinson. **Arch Neurocienc**. 2017.

MARTIN, C.R., OSADCHIY V., KALANI, A., MAYER, E.A. The Brain-Gut-Microbiome Axis. *Cellular and Molecular Gastroenterology and Hepatology* Vol. 6. 2018.

MEDEIROS, L.E.A., MARTINEZ, W.M., HEVIA, D.G. Implicaciones de la microbiota intestinal en la etiología y terapéutica de la enfermedad de Parkinson. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**.

PERFEITO, R., REGO, A.C. Papel da alfa-sinucleína e da disfunção mitocondrial associada à doença de Parkinson. **Rev Neurocienc** 2012;20(2):273-284

YSHII, L.M. Efeitos da alfa-sinucleína na modulação da atividade do fator de transcrição nuclear KB em células SH-SY5Y. Serviço de Biblioteca e Informação Biomédica do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo. 2011.

O USO DA OXICODONA E SEU POTENCIAL ADITIVO

PREDEBON, Julia Camargo; SPAGNOL, Daiane; HSU, André Keng Wei

URI Erechim – juliapredebon@outlook.com – spagnoldaiane@gmail.com –
andrekenkeng@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A oxicodona é um opioide analgésico semissintético sintetizada na Alemanha, em 1917, que desde então tem sido utilizada em grande escala na prática clínica (RUAN et al., 2017). Assim, hoje a oxicodona é principalmente utilizada para o tratamento controlado de dores crônicas, e também no pós-operatório, tendo seu principal efeito sobre dores severas e moderadas (KALSO, 2005).

Nesse sentido, as controvérsias do seu uso advêm do seu principal efeito colateral, o vício, tanto pelo uso indiscriminado como pelo uso para tratamento de dores crônicas. Desse modo, objetiva-se por meio desse trabalho realizar uma breve revisão bibliográfica sobre as características farmacológicas do fármaco e seu potencial aditivo.

2 METODOLOGIA

Resumo apresentado na forma de revisão bibliográfica. Através das plataformas do Google Acadêmico, SciELO e Pudmed, foi realizada a busca de artigos e publicações que abrangessem temáticas relacionadas à oxicodona e seu uso e potencial aditivo, assim como suas características farmacodinâmicas e farmacocinéticas. Além disso, foi utilizada a bula profissional do opioide para retirada de informações sobre sua farmacologia e sites governamentais como OMS. Após a leitura, foi feita a coleta e síntese de informações, visando concentrar os dados encontrados em uma breve revisão bibliográfica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com efeitos equivalentes aos do seu similar natural, a morfina, a oxicodona é um agonista opioide sem ação antagonista. Entretanto, ela é capaz de apresentar uma biodisponibilidade oral de aproximadamente 60%, enquanto a morfina alcança valores próximos a 20-25% (CAVALCANTI et al., 2014). Em relação aos seus efeitos terapêuticos, nota-se principalmente efeitos analgésicos, ansiolíticos, antitussígenos e sedativos. Assim, o seu mecanismo de ação se dá por receptores opioides do sistema nervoso central para compostos endógenos com atividade similar a opioides. A sua ação farmacodinâmica sobre o sistema endócrino acontece no eixo hipotalâmico- pituitária-adrenal ou gonadal, com alterações no aumento da prolactina sérica e redução no cortisol e testosterona plasmáticos. Já no sistema gastrointestinal, opioides como a oxicodona podem induzir espasmos do esfíncter de Oddi (BULA).

Sobre a farmacocinética do fármaco, os picos de concentração plasmática são obtidos entre 3 a 5 horas após a administração dos comprimidos de liberação prolongada e sua meia vida é de aproximadamente 4,5 horas. Após absorvida, a oxicodona é distribuída para todo o organismo, sendo que 45% dela é ligada às proteínas plasmáticas. Posteriormente, ela sofre metabolismo hepático, através das enzimas CYP3A4 e CYP2D6, onde é convertida à noroxicodona, oximorfona e noroximorfona, as quais sofrem glicuronidação para serem eliminadas. Os principais metabólitos na circulação são a noroxicodona e noroximorfona, sendo que a primeira é um agonista fraco do receptor μ e a segunda é um potente agonista do mesmo receptor, porém não atravessa a barreira hematoencefálica de forma significativa. Ainda, o metabólito oximorfona também pode ser considerado um potente agonista do receptor μ , porém apresenta concentrações plasmáticas reduzidas após a administração do opioide. Logo, nenhum desses metabólitos contribuem, de maneira significativa, para a analgesia causada pela oxicodona. Por fim, a eliminação do opioide e seus metabólitos se dá tanto pela urina quanto pelas fezes (BULA).

Em dados obtidos em 2014, a OMS aponta que cerca de 69 mil pessoas morrem todos os anos por overdose de opioides como a morfina, heroína ou analgésicos como a oxicodona. Só nos EUA, em 2010, estimou-se que 16.651 pessoas morreram devido à prescrição de medicamentos à base de ópio. Ainda de acordo com a organização, cerca de 15 milhões de indivíduos sofrem de dependência de opiáceos no mundo e apenas 10% desses recebem tratamento. Apesar do consumo de opioides ser uma questão de saúde pública mundialmente, no Brasil ainda há poucos dados epidemiológicos sobre seu uso (OMS, 2014). Ademais, foi realizado um estudo no Alaska com 113 pacientes com diagnóstico de dependência em opioides, entre 2013 e 2018. Nele, os pacientes foram divididos em 2 grupos: aqueles que eram dependentes exclusivamente de opioides não incluindo a heroína e aqueles que injetavam opioides incluindo, e principalmente, a heroína. Foram feitas três perguntas aos participantes: qual é o opioide mais desejado, qual é o opioide mais viciante e a principal porta de entrada para a heroína, com as respostas representadas na tabela abaixo. Com os resultados do estudo, foi possível apontar a oxicodona como o opioide com maior potencial de adicção, o mais desejado e a principal porta de entrada para a heroína, dentre os outros opioides apresentados e prescritos pela comunidade médica (REMILLARD et al., 2019). O mecanismo pelo qual os opioides causam tolerância e dependência física no paciente consiste em duas vias de interação com o sistema de recompensas do encéfalo. A primeira está localizada na área tegmental ventral onde neurônios do tipo gabaérgicos causam a inibição tônica dos neurônios dopaminérgicos, responsáveis pela ativação do sistema de recompensa no nucleus accumbens. Esses neurônios gabaérgicos podem ser inibidos por encefalinas endógenas as quais ligam-se aos receptores μ -opioides nas suas terminações ou a opioides exógenos, como a morfina, que também se ligam nesses receptores e os ativam. Assim, acredita-se que um opioide exógeno poderia ativar a via de recompensa desse modo. A segunda via está localizada no nucleus accumbens, porém seu mecanismo não está tão claro assim. Além disso, alguns opioides tem maior potencial de adicção do que outros, como, por exemplo, os administrados pela via intravenosa uma vez que atingem concentrações plasmáticas maiores da droga em menor tempo. Nesse contexto, temos a oxicodona que é bastante relacionada com uso indevido e casos de adicção. Uma hipótese para o elevado potencial de adicção da oxicodona é que, devido a sua forma farmacêutica consistir em comprimidos orais, esses podem ser quebrados, dissolvidos ou até injetados. Essas maneiras de administração, além de

facilitarem seu uso, causam um aumento na sua concentração plasmática mais rapidamente, sensação mais intensa de euforia e, conseqüente, maior risco de adicção quando comparado com a forma oral de liberação prolongada, normalmente prescrita por médicos (SWIFT et al., 2009).

4 CONCLUSÕES

Como exposto acima, a oxicodona tem um grande potencial aditivo, sendo um dos opioides mais desejados por dependentes dessa classe de medicamentos, além de ser um fator de risco importante para o consumo futuro de heroína. Ainda, além de ativar a via de recompensa, ela pode ser consumida por diferentes vias de administração, o que proporciona sensação intensa de euforia, fator importante para o desenvolvimento da dependência. Por fim, é importante que o profissional médico tenha cautela para a prescrição de opioides em geral e que a sua venda seja controlada a fim de evitar o uso indevido e a drogadição.

REFERÊNCIAS

Cavalcanti IL, Carvalho ACG, Musauer MG, Rodrigues VS, Migon RN, Figueiredo NV et al. Safety and tolerability of controlled-release oxycodone on postoperative pain in patients submitted to the oncologic head and neck surgery. **Rev Col Bras Cir** 2014;41(6):393-9.

E. Golan, A.W. Armstrong, E. J. Armstrong, A. H. Tashjian (Eds.). **Princípios da farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia**. [3. ed.] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Nações Unidas no Brasil. Quase 70 mil pessoas morrem todos os anos por overdose de medicamentos com opiáceos, diz OMS. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/55091-quase-70-mil-pessoas-morrem-todos-os-anos-por-overdose-de-medicamentos-com-opiaceos-diz-oms>>

NASCIMENTO, D. C. H.; SAKATA, R. K. **Dependência de opioide em pacientes com dor crônica**. Revista Dor, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 160-165, jun. 2011.

OXYCONTIN: cloridrato de oxicodona. Wilson - Estados Unidos da América: Purdue Pharmaceuticals L.P., 1995. Bula de remédio.

REMILLARD D, KAYE AD, MCANALLY H. Oxycodone's Unparalleled Addictive Potential: Is it Time for a Moratorium? **Current Pain Headache Rep**. 2019 Feb 28;23(2):15

RUAN X, MANCUSO KF, KAYE AD. Revisiting oxycodone analgesia: a review and hypothesis. **Anesthesiol Clin**. 2017; 35(2):e163–74.

KALSO, E. Oxycodone. **J Pain Symptom Manage** 2005; 29:47–56

1º INTERLIGAS MED URI
1ª MOSTRA FOTOGRÁFICA VIRTUAL ARTE & MEDICINA
1º SALÃO CIENTÍFICO ONLINE

3ª JORNADA ACADÊMICA
MEDICINA
Entrelaçando Medicina e Arte

06 A 20 NOV 2020



O USO DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS POR ACADÊMICOS DE MEDICINA: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA

**SILVEIRA, Laura dos Santos¹; LIMBERGER, Sarah Maioli¹; FAVERO, Talita
Cristina¹; BRUM, Alana Helbich¹; CELLA, Anielli dos Santos Konig¹;
ROSA, Mário César Obadovski da¹; RONCHETTI, Ramiro²**

URI/Erechim – 097747@aluno.uricer.edu.br - sarahlimberger16@gmail.com -
fgatalita.favero@gmail.com - alana_hbrum@hotmail.com - anycella@hotmail.com -
mario.obadovski@gmail.com - rronchetti@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a educação médica é considerada uma das mais exigentes, tanto no quesito acadêmico, quanto emocional, afinal, fatores como a carga de trabalho acadêmica, consequente privação de sono, encargo financeiro e exposição a mortes de pacientes têm sido correlacionados ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão entre os acadêmicos do curso (QUEK et al., 2019). A fim de amenizar o sofrimento psíquico, os acadêmicos têm recorrido ao uso de ansiolíticos e antidepressivos (NERI, et al., 2020).

Diante desse cenário, entende-se pertinente uma revisão acerca da relação entre o acadêmico de medicina e o uso de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido se trata de uma breve revisão de Literatura Integrativa, utilizando-se de artigos, livros e publicações que envolvam informações relacionadas ao uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos por acadêmicos de medicina. Para a busca de artigos, utilizou-se as plataformas digitais Pubmed e Scielo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ansiedade é a enfermidade psiquiátrica mais prevalente na comunidade, e pode ser definida como uma sensação subjetiva de desconforto, temor ou pressentimento (LONGO, *et al.*, 2008). O indivíduo com ansiedade superestima o grau e a probabilidade de perigo das situações e menospreza sua capacidade para enfrentamento, ocasionando assim o aparecimento de sintomas fisiológicos (NERI et al., 2020). Vale ressaltar que os transtornos de ansiedade podem ser muito agonizantes e, por isso, acabam por intervir na vida da pessoa chegando a provocar depressão. Desse modo, a pessoa com transtornos de ansiedade tem, no mínimo, duas vezes mais chance de ter depressão do que as pessoas que não têm transtornos de ansiedade (BARNHILL, 2018).

Já a depressão pode ser entendida como um estado de humor deprimido diário que perdure por um período mínimo de 2 semanas. Os pacientes depressivos sofrem com a perda do prazer em todas as atividades agradáveis, despertam muito

cedo e sentem que o estado de humor disfórico é qualitativamente diferente da tristeza (LONGO, 2008). Os sintomas que compõem o quadro depressivo comprometem as atividades pessoais e sociais (NERI et al., 2020), sendo que, em casos graves, a depressão é potencialmente letal, pois proporciona o risco de suicídio (RIBEIRO et al., 2014).

Estudos relacionando a ocorrência de sintomas depressivos em acadêmicos do curso de Medicina têm evidenciado uma alta prevalência desses sintomas quando comparados à população em geral - cerca de 30,9% entre os acadêmicos do curso, enquanto entre a população brasileira o índice é de 5,8% (VASCONCELOS et al., 2015). Consoante Amaral et al., estudos encontrados em 2008 indicaram que as mulheres têm duas vezes mais chance de apresentarem depressão do que homens nessa população acadêmica.

A exigência de perfeccionismo encontrada em alunos do curso médico, quando comparados com alunos de outros cursos universitários, expressada em um neuroticismo e sintomas permanentes de estresse, é considerada, por Enns et al. (2001), como preditiva de depressão e desesperança. Também, Rosal et al. (1997) concluem que o aumento dos níveis de sintomas de depressão e a persistência dos mesmos sugerem que o estresse emocional durante o curso de medicina é crônico e não episódico. Todavia, dentre as doenças desenvolvidas por acadêmicos de medicina, a depressão está entre as menos identificadas e tratadas (AMARAL et al., 2008).

A ocorrência de distúrbios de humor e ansiedade ainda na graduação, quando não detectada e adequadamente tratada, pode se perpetuar ou agravar durante a residência médica e na atividade profissional. Os distúrbios relacionados com a saúde mental dos estudantes de Medicina são frequentes, porém poucos alunos buscam tratamento, normalmente por temerem o estigma associado à procura de ajuda e tratamento nestas situações. Assim, relutam em demonstrar tal vulnerabilidade, mesmo quando dispõem de suporte. Nesse sentido, os estudos constataram que, apesar do alto nível de angústia que atinge os estudantes de Medicina, somente de 8% a 15% deles buscam ajuda psiquiátrica durante a sua graduação (VASCONCELOS et al., 2015).

Sobre a frequência de uso de medicamentos psicoativos por acadêmicos de medicina, um estudo destacou a classe dos psicoestimulantes como os mais utilizados entre os voluntários do primeiro e sexto ano, seguida pelos antidepressivos (LUNA et al., 2018). Em 2014, Ribeiro et al constataram que a fluoxetina foi o medicamento antidepressivo mais utilizado pelos estudantes de medicina (33,3%) em uma universidade de São Paulo. Neste estudo, houveram estudantes que fizeram o uso do antidepressivo associado tanto a benzodiazepínicos quanto a anticonvulsivantes, aumentando o risco de possíveis interações medicamentosas.

4 CONCLUSÕES

Embora o objetivo das escolas médicas seja formar profissionais com conhecimento e habilidades, alguns aspectos têm sido apontados como causadores de efeitos negativos na saúde física e mental dos estudantes. O uso de antidepressivos e ansiolíticos pelos acadêmicos, quando necessário, deve estar

associado ao uso responsável e supervisão profissional, a fim de evitar efeitos danosos.

A detecção precoce dos grupos de risco e a identificação das dificuldades experimentadas pelos alunos ao longo de cada etapa do curso podem ser indicativas da necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e prevenção, através de projetos contínuos de psicoeducação que sensibilizem os estudantes para os riscos que transtornos psíquicos e disfunções profissionais podem trazer para o seu bem estar, de seus familiares e pacientes. Assim, deve ser estimulado que, ao detectarem em si possíveis manifestações de doenças psíquicas, os estudantes de medicina busquem imediatamente orientação médica, visando evitar o agravamento de seus sintomas.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Geraldo Francisco do et. al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. Porto Alegre: **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. vol. 30, n.2, p.124-130. mai/ago, 2008.

BARNHILL, John W. Considerações gerais sobre transtornos de ansiedades. 2018. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/ansiedade-e-transtornos-relacionados-ao-estresse/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-transtornos-de-ansiedade>>. Acesso em: 22 set. 2020.

LUNA, Ilanna Sobral de et al. Consumo de psicofármacos entre alunos de medicina do primeiro e sexto ano de uma universidade do estado de São Paulo. **Colloquium Vitae**. vol. 10, n.1, p. 22-28. Jan-abr, 2018.

ENNS, Murrey W et al. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. **Medical Education**. vol. 35, n.11, p. 1034-1042. Nov, 2001. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2001.01044.x?sid=nlm%3Apubmed>>. Acesso em: 30 set. 2020.

LONGO, Dan L. et al. Medicina interna de Harrison. 17. ed. Rio de Janeiro: **McGraw-Hill**, 2008. Vol. 2, pg 2710 e 2716.

NERI, JVD; TESTON, QPM; ARAÚJO, DCM. Uso de ansiolíticos e antidepressivos por acadêmicos da área da saúde: uma revisão bibliográfica. Curitiba: **Brazilian Journal of Development**. vol. 6, n.10, p. 75673-75686. Out, 2020.

QUEK, Travis Tian-ci et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. **International Journal Of Environmental, Research Public Health**. vol. 16, n.15. p. 2735. Jul, 2019.

RIBEIRO, Aline Granada et al. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**., v. 19, n. 06, p. 1825-1833. Jun, 2014.

ROSAL, Milagros C et al. A longitudinal study of students depression at one medical school. **Journal of Association of American Medical Colleges.**, v. 72, n. 6, p. 542-546. Jun, 1997. Disponível em: <https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1997/06000/A_longitudinal_study_of_students__depression_at.22.aspx>. Acesso em 14 out. 2020.

VASCONCELOS, Tatheane Couto de et al. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 135-142. Jan/mar, 2015.

OLHARES PARA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+



**DUARTE, Júlia Flores; DALLANORA, Joana Schnur;
SOUZA, Aline Gomes; NEGRÃO, Lethicia Frez;
DALBERTO, Júlia Carla; TOMBINI, Maira Hellen;
ROMERO, Samuel Salvi**

URI Erechim - alinegomes4@hotmail.com - lethiciafrez098@gmail.com -
dallas.joana@gmail.com julia.dalberto15@gmail.com - juliafloresduarte@hotmail.com -
mairatombini19@hotmail.com - samuel@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A sigla LGBTQIA+ se refere as lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais, queer, intersexo, assexuais e todas as outras possibilidades de orientação sexual. A Política Nacional de Saúde LGBTQIA+ é um norteador das demandas e necessidades específicas desta população, contendo estratégias e metas sanitárias, além de propostas que evitem a discriminação desta população no atendimento em todas as instâncias que o Sistema Único de Saúde abrange. Além disso, constrói análise histórica da luta pelo direito à saúde de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2013).

Portanto, por meio deste revisão narrativa, busca-se apresentar uma breve análise da política em questão no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa, construída para resumo expandido na III Jornada Acadêmica de Medicina da URI Erechim, acerca do tema Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População LGBTQIA+ e foi delineada tendo como subsídio artigos indexados em bases de dados e biblioteca tais como: Scielo; Web of Cience; BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) e Pubmed. A revisão foi discutida durante o desenvolvimento das oficinas e encontros da Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF URI) e contextualizada sob os parâmetros do presente método. A presente revisão apresenta métodos de busca arbitrária e que pode apresentar interferência de percepção subjetiva, seguindo as características metodológicas constituídas para teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, dentre outros (CORDEIRO, et al., 2007). Foram usados os descritores, Saúde da População LGBT e Saúde da População Transsexual.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O movimento LGBTQIA+ se iniciou no Brasil em meados dos anos 70, lutando contra a ditadura militar (GREEN, 2000). Em um âmbito geral, as pautas mais importantes do movimento atualmente, no Brasil e no mundo, referem-se à descriminalização da homo-lesbo-bi-transfobia; fim das leis existentes em alguns países que preveem punições para a homossexualidade; reconhecimento de gênero;

direito ao casamento homossexual; permissão para adoção por casais homoafetivos, entre outras (SOARES, 2018).

Tendo em vista que a Reforma Sanitária garantiu o direito à saúde a todos os cidadãos no Brasil, assegurado pela Constituição de 1988 e complementado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População LGBTQIA+ representa mais um passo na mudança de posição histórica e social a qual estas pessoas estão submetidas no país (BRASIL, 2013).

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, intensificaram-se as discussões acerca dos direitos da população LGBT (Brasil, 2008), o que levou ao desenvolvimento de ações de educação em direitos humanos e diversidade, elaborando campanhas que abordem os direitos sociais, a sensibilização dos profissionais com a inclusão do tema na política de educação permanente no SUS, adição dos quesitos de identidade de gênero e orientação sexual nos prontuários e sistemas de informação em saúde e o estabelecimento de normas e programas de atendimento específico, além do protocolo de atenção contra a violência de gênero (BRASIL, 2008).

Dentro do movimento LGBTQIA+, a população transexual ainda é a com menor visibilidade e, conseqüentemente, com menor acesso à atenção primária de saúde, o que levanta a uma série de preocupações sobre o quanto suas especificidades e necessidades são ignoradas (BRASIL, 2020)

Toda pessoa transexual tem direito a atendimento humanizado e livre de discriminação. Em 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) introduziu por meio da Carta dos Direitos dos Usuários o direito ao uso do nome social, visando a universalidade do atendimento; em 2008, o SUS passou a realizar terapia hormonal e cirurgias de redesignação sexual (transgenitalização), exercendo o princípio da equidade. No entanto, devido ao preconceito, essa população acaba sendo isolada do meio social. A estimativa de vida de uma pessoa trans no Brasil é de 35 anos, comparada com de uma pessoa cisgênero, que é de 75 anos de idade. Não obstante, o machismo também afeta as mulheres trans, uma vez que o tratamento hormonal, quando não feito ou feito tardiamente (após a puberdade) dificulta o desaparecimento de características biológicas masculinas, as tornando facilmente estereotipadas e dificultando a entrada no mercado de trabalho, recorrendo à prostituição como sua única forma de sustento, enquanto os homens trans adquirem maior passabilidade social por conta da hormonização com testosterona proporcionar, com muito mais facilidade, características masculinas aos indivíduos, não enfrentando na mesma intensidade empecilhos na vida profissional. (MONTEIRO et al., 2019)

O SUS disponibiliza, desde 2017, a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP), que é uma terapia pré exposição a fatores de risco de contaminação com o vírus HIV, que reduz significativamente as chances de contração. O atendimento integral é uma das diretrizes do sistema de saúde, e, atualmente, homens gays ou que mantenham relação com outros homens, pessoas transexuais, trabalhadores (as) do sexo, quem está numa relação com um indivíduo soropositivo, pessoas que mantêm relação sexual sem uso de preservativo ou tem episódios frequentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) podem fazer uso desse medicamento de forma gratuita (LOPES et al., 2020, p. 12).

Para tanto, foi necessário considerar a necessidade de atenção à saúde mental desses indivíduos, ampliar o acesso ao processo transexualizador, garantir o uso do nome social, fortalecer a participação em Conselhos de Saúde, criar

iniciativas voltadas para a redução de riscos e políticas capazes de abranger, também, adolescentes e idosos que sejam parte desse grupo (Brasil, 2013).

4 CONCLUSÕES

De acordo com as ações supracitadas, foi possível observar que, as Políticas Públicas direcionadas aos membros LGBTQIA+, são de grande importância na luta pelos direitos civis desses indivíduos, e fundamentais para que ocorra uma mudança do cenário em relação a discriminação.

Por fim, foi possível observar que as dificuldades que essa população precisa enfrentar ainda estão muito presentes em nosso país, e o Sistema Único de Saúde, a partir dos seus princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade, e da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População LGBTQIA+, busca interferir nessa situação, ofertando acesso e acolhendo essas pessoas nos serviços de saúde, para garantir uma assistência integral a comunidade LGBTQIA+.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

CARDOSO, Michelle Rodrigues. FERRO, Luis Felipe. **Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão**. Psicol. cienc. prof. vol.32 no.3 Brasília 2012.

CORDEIRO, A.M., et al. Revisão Sistemática – Uma revisão Narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007.

GREEN, James. **Além do carnaval: a homossexualidade no Brasil do século XX**. São Paulo: UNESP, 2000.

LOPES, Bruna Chaves; LANGARO. João Pedro. SCHMITT, Stefani. **Integralidade e Equidade no Cuidado à População Transexual: conceitos e orientações básicas**. Série Educação Popular & Saúde. Porto Alegre. 2020

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro; BARBOSA, Regina Maria. Saúde e direitos da população trans. **Cad. Saúde Pública** vol.35 no.4 Rio de Janeiro 2019 Epub Apr 08, 2019



ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE BORDERLINE E INFLUÊNCIAS NA VIDA SOCIAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**SPAGNOL, Daiane; BRUM, Alana Helbich; CELLA, Anielly dos Santos Konig;
CERVO, Carla Maria Frosi; FAVERO, Talita Cristina; ROSA, Mário César
Obadovski da; SPONCHIADO, Vitória; RONCHETTI, Ramiro**

URI Erechim - spagnoldaiane@gmail.com – alana.hbrum@hotmail.com –
anycella@hotmail.com - carlatiger8@gmail.com – fgatalita.favero@gmail.com -
mario.obadovski@gmail.com - viicsponchiado@gmail.com – rronchetti@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5º edição (DSM-5) se refere ao Transtorno de Personalidade Borderline como um padrão de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, dos afetos e da autoimagem, iniciado na infância e idade adulta e incisivo em vários contextos. (ROSA; ZATTI; BALDISSERA, 2015). Nesse âmbito, as origens do processo de construção da identidade Borderline tem relação com as (más) experiências na fase de separação-individuação associadas às reações e sentimentos que correspondem a essa fase, que podem ser interpretadas como insegurança, sentimento de abandono, falta de identidade.

O indivíduo com TPB tem dificuldade em conviver com outras pessoas, ou seja, a dinâmica de tal personalidade demonstra o quanto os afetos são importantes nas relações. De acordo com Mugarte (2019) apud Agrawal et al (2004), os vínculos afetivos estão ligados a um apego inseguro nas relações. Dessa forma, o presente estudo é o resultado de análises sobre a inconformidade do paciente Borderline com o meio social.

2 METODOLOGIA

O presente estudo resulta de uma investigação teórica, de natureza qualitativa, na qual foi realizada uma revisão da literatura com foco em artigos científicos, publicados nas bases de dados nacionais Scielo e PubMed. Pauta-se por um questionamento central: Qual a influência do Transtorno de Personalidade Borderline nas relações interpessoais? Em outras palavras, essa é uma das problemáticas que revela a necessidade de esclarecimentos e respostas acerca de tal diagnóstico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até ser considerado um transtorno de personalidade específico, o diagnóstico de Borderline passou por várias etapas, sendo apenas no século passado delimitado como um transtorno de personalidade e teve o Alienista Chaslin considerando o TPB como “borderland of insanity” na virada no século 19 para o século 20 (DALGALARRONDO; VILELA, 1999). Hodiernamente, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é definido como um estado limítrofe entre a neurose

e a psicose o qual interfere no humor, no comportamento e nas relações que se caracterizam como sendo instáveis e de caráter oscilante. Nessa perspectiva, não raro o paciente Borderline usa da projeção como um de seus principais mecanismos de defesa a fim de projetar no outro, aspectos do *self* que o são intoleráveis, dificultando, assim, as relações interpessoais.

A par dos estudos epidemiológicos, o TBP é o transtorno de personalidade de maior prevalência no âmbito clínico, com uma prevalência de 10% dos pacientes ambulatoriais e 20% dos pacientes psiquiátricos internados ou não. Na população em geral, estima-se que acometa entre 1,6% e 5,9% das pessoas (APA, 2014). Outra informação relevante é que 75% dos casos Borderline são mulheres e que o diagnóstico é, cerca de, cinco vezes mais comum em parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o mesmo transtorno, com aumento do risco para histórico familiar de transtornos por uso de substância, transtorno de personalidade antissocial e transtorno depressivo ou bipolar (BORGES, 2019).

Ainda que a etiologia do transtorno de personalidade borderline (TPB) seja multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais, o processo anormal de separação-indivuação tem relação direta com situações clinicamente significativas, tais como Narcisismo e Borderline. Assim, o desenvolver normal da relação mãe-filho proporciona um bom relacionamento pautado na formação do *self* e confiança na criança, o que impede o medo do abandono. Desse modo, um processo anormal de separação-indivuação causa nesse futuro adulto o medo irreal de abandono, ocasionando esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginário, sendo esse um dos principais achados do TPB.(CONCEIÇÃO; KRISTENSEN; DORNELESS, 2015) Ainda, estudos relacionam a negligência durante a infância com o aumento de sintomas do TPB durante a adolescência e idade adulta, decorrente principalmente pela ausência do *self* e pela perturbação da identidade devido a falhas nas fases de desenvolvimento normal e do processo de separação-indivuação que caracterizam e contribuem para a formação o indivíduo (SOUZA; USEVICIUS, 2020)

Os indivíduos com TPB, em geral, sofrem com determinada desregulação emocional. Em outras palavras, possuem respostas bem reativas, dificuldades em lidar com episódios depressivos, de ansiedade e de irritabilidade, além de determinado descontrole em relação aos problemas de estresse emocional. Contudo, embora portadores de tal comportamento, o paciente com personalidade Borderline não abre mão de relacionamentos e fica evidente que ao mesmo tempo em que apresentam forte demanda de amor e de afeto, também tentam se defender desta dependência, com intensa hostilidade e agressividade à pessoa de quem se sentem dependentes (COWAN, 1997 apud ROSA; ZATTI; BALDISSERA, 2015).

Outra característica comum é a desregulação comportamental, sendo ela caracterizada por comportamentos impulsivos e problemáticos, suicidas e de automutilação/autodestruição. Além disso, conforme Linehan (2009), os pacientes podem apresentar formas não psicóticas de desregulação cognitiva como despersonalização, dissociação e delírios causados por estresse e uma desregulação de senso de *self*, o comum sentimento de vazio, de falta de identidade e de tédio.

Existem ainda os comportamentos parassuicidas os quais estão relacionados com a desregulação emocional e muitas vezes com o medo do abandono. Segundo Cerutti e Duarte (2016), o impacto social desse transtorno é muito grande, a taxa de mortalidade devida ao suicídio é alta, atingindo cerca de 10% dos pacientes. É provável que tais pacientes hajam dessa maneira por não terem uma habilidade

cognitiva suficiente para elaborar soluções e lidar com situações de estresses emocionais, interpessoais e comportamentais.

4 CONCLUSÕES

Sendo assim, é indubitável que os indivíduos com TPB possuem muitos problemas relacionados à socialização, à manutenção de relacionamentos e ao *self*. Ademais, sua percepção de mundo é afetada por um distúrbio emocional que gera atitudes extremas as quais muitas vezes geram um grande sofrimento tanto para o paciente quanto para os que estão ao seu redor. Na maioria das vezes, a pessoa com TPB não tem a intenção de machucar, manipular ou fazer alguém e/ou ela mesma sofrer, mas o transtorno faz com que essa aja dessa maneira sem um controle racional.

Além disso, os pacientes Borderline são aqueles com a maior taxa de tentativa e consumação de suicídio e são difíceis de serem tratados, pois afetam o terapeuta e não existem tratamentos medicamentosos específicos. Logo, é imprescindível a realização de novos estudos e expectativas de tratamento para tal diagnóstico, uma vez que o Borderline também afeta aqueles que estão ao seu redor.

REFERÊNCIAS

CERUTTI, Priscila Sardi; DUARTE, Tomas Camargo. Transtorno da Personalidade Borderline sob a perspectiva da terapia comportamental dialética. **Psicologia em Foco**, Rio Grande do Sul, p. 67-81, 2016. Disponível em: <http://www.clinica.jorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/personalidade_borderline.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

ROSA, Elisio; ZATTI, Cassio Adriano; BALDISSERA, Rúbia. Personalidades Borderline e as dificuldades de tratamento. **Revista Uningá**, Paraná, v. 21, n. 1, p. 05-10, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1621-13-4663-1-10-20180117.pdf>> Acesso em: 20 out. 2020.

MUGARTE, Ilckmans Bergma. Borderline: compreensão dos vínculos afetivos expressos na variação entre a dependência emocional à indiferença nas relações. **Singular: sociais e humanidades**, Tocantins, p. 13-20, 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/23-Texto%20do%20artigo-68-4-10-20190424.pdf>> Acesso em: 24 out. 2020.

LINEHAN, Marsha. **Tratamentos que funcionam: terapia cognitivo-comportamental para guia do terapeuta - transtorno da personalidade borderline**. Ed. 1, Porto Alegre: Grupo A, 2010.

BORGES, Daniel Salmi Valadão. Apontamentos sobre o Transtorno de Personalidade Borderline. **Neurociências em debate**, 2019. Disponível em: <<http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/4543#:~:text=quais%20%C3%A9%20exposto.,Epidemiologia>>. Acesso em: 26/10/2020.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno borderline: história e atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Argentina, ed. 2, v. 2, p. 52-71, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n2/1415-4714-rlpf-2-2-0052.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2020.

CONCEIÇÃO, I. K., Bello, J. R., KRISTENSEN, C. H., & DORNELESS, V. G. Sintomas de TEPT e trauma na infância em pacientes com transtorno da personalidade bordeline. **Psicologia em Revista**, v. 21, p. 87-107, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a07.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2020

SOUZA, Marília Caixeta de, USEVICIUS, André Alvares (2020). **Transtorno de Personalidade Borderline e a Estruturação do Self**. Disponível em: <<http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/9325>>. Acesso em: 26 out. 2020



PSICOSSOMÁTICO: QUANDO OS SINTOMAS EXPRESSAM

CARNEIRO, Kaio Fernando Rêgo; ANDREOLI, Marina; BRUM, Alana Helbich; CELLA, Anielly dos Santos König; FAVERO, Talita; LIMBERGER, Sarah Maioli; SLAVIERO, Lorenzo Trintinaia; ROSA, Mário César Obadovski da
URI Erechim – kaio_fernando_@hotmail.com – mrnandreoli@gmail.com –
alana_hbrum@hotmail.com – aniellycella3@gmail.com – fgatalita.favero@gmail.com –
sarahlimberger16@gmail.com – lorenzoslaviero@hotmail.com –
mario.obadovski@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

É fato que as funções psíquicas e físicas do corpo humano são interligadas e interdependentes umas das outras para o bom funcionamento geral do organismo. A famosa expressão latina “*mens sana in corpore sano*”, dita pelo poeta romano Juvenal (55 d.C), aponta para a questão de que a saúde do corpo físico depende do equilíbrio da mente e, sobretudo, do controle das emoções e das condições psíquicas. Sabendo disso, infere-se que um desequilíbrio do lado psíquico, ou seja, uma mente que deixa de ser sã, pelos mais variados motivos, pode acarretar problemas e desordens no lado físico. Um aspecto que está diretamente relacionado a isso é o psicossomático.

O sintoma psicossomático é um processo em que uma questão subjetiva segue um caminho adverso, conforme o entendimento de Ávila (2002), ao invés de conseguir aceder à mente, como processo mental, ou seja, representação, esta situação se traduz corporalmente, ou seja, se apresenta como expressão do corpo. O processo somático ocupa o lugar do processo psíquico: no sintoma psicossomático uma questão subjetiva se apresenta, ao invés de se representar.

Muitas vezes quando o psiquismo não representa, o corpo expressa, e por vezes surgem sinais e sintomas entendidos como adoecimento. Segundo o dicionário Houaiss (2007), o adoecimento é definido como uma alteração biológica do estado de saúde de um ser (homem, animal etc.), manifestado por um conjunto de sintomas perceptíveis ou não. Dentre os diversos tipos de doenças existentes e possíveis de ocorrência, existem as psicossomáticas, as quais se referem àquelas que acometem primeiramente a saúde mental, e, posteriormente, a física. Esse tipo de adoecimento não é de simples entendimento, pois necessita de muita investigação e exclusão de outras condições para se chegar a um veredito. O corpo que adoece é simultaneamente tanto o corpo do indivíduo, portanto experiencial, eminentemente subjetivo, quanto o corpo que será tratado como objeto positivo pelas práticas da medicina, farmacologia, fisioterapia etc. (ÁVILA, p. 61, 2011).

No sentido da reflexão acadêmica, este estudo tem como objetivo apresentar e definir conceitos relacionados a psicossomática, fatores e aspectos que circundam esta questão e que podem estar diretamente ligados a esta problemática.

2 METODOLOGIA

O respectivo trabalho consiste em uma revisão de literatura integrativa, feita a partir de análises de publicações e artigos retirados de plataformas reconhecidas pela sociedade científica, como Google Acadêmico, PubMed e Scielo, além de trechos da literatura relacionados com o tema em questão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O termo psicossomático, conforme Mello Filho (1992) foi usado pela primeira vez pelo psiquiatra alemão Heinroth (1818), onde ele relacionava doenças, entre elas a insônia e doenças respiratórias, com fatores emocionais, fatores por ele chamados naquele período de paixões, ou seja, causas aparentemente não físicas. Porém antes da elaboração do termo e da posterior ampliação do conceito, muitos filósofos, como Aristóteles e Descartes, já haviam analisado que aspectos da alma (ou da mente) podiam manifestar agravantes no corpo. O psicossomático, possui então suas bases epistemológicas nas primitivas reflexões sobre as questões ligadas à teoria da mente e suas reflexões sobre a relação mente e corpo.

Mesmo sendo descrita e conhecida desde tempos remotos, a psicossomática só teve sua primeira fase como protagonista de estudos através da consolidação da psicanálise. Ainda assim, Freud nunca colocou a psicossomática como alvo de suas análises, porém em todos seus trabalhos, principalmente naqueles envolvendo as histéricas, ela estava amplamente envolvida como meio de interpretação, assim o autor é considerado um dos grandes contribuintes no desenvolvimento do tema. Ele, por exemplo, introduziu a expressão complacência somática para se referir à escolha da neurose histérica e a escolha do órgão ou do aparelho corporal sobre o qual se dá a conversão. Conforme Laplanche e Pontalis (1992), onde o corpo ou um órgão específico seria a expressão simbólica (sintomática) do conflito inconsciente.

A perspectiva de uma doença que acomete o mental juntamente com o físico é algo esperado, pois o impacto em um é quase que direto ao outro quando se entende o ser humano como um sistema complexo de interações diretamente relacionadas, que podem estar em equilíbrio ou não. Halliday (1943,1945,1946,1948, cit. Alexander, 1989, p.43) propõe que a úlcera péptica, a artrite reumatoide, a hipertensão, o hipertireoidismo essencial e outras alterações clínicas, estariam incluídas nas doenças psicossomáticas. O ponto de partida deste autor firma-se na hipótese de que o fator etiológico proeminente de início do desenvolvimento dessas doenças seria o fator psicológico.

Na América, o interesse pela psicossomática surge por volta dos anos 30, consolidando-se em meados deste século com Alexander e Dunbar da Escola de Chicago. Estes autores consideram que os transtornos psicossomáticos seriam consequência de estados de tensão crônica, relativa à expressão inadequada de determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo. (CARDOSO, 1995, p.10)

4 CONCLUSÕES

Desse modo, nota-se que muitos dos sinais e sintomas que acometem várias pessoas podem vir a estar amplamente relacionados também com o fator psíquico.

Assim, fica claro que quando um paciente apresenta uma patologia é importante e necessário observar toda abrangência dela, muitas vezes para uma melhora do bom estado geral será necessária uma forma de tratamento que valorize também o aspecto mental.

Na suspeita de um comprometimento psicossomático é orientado que o profissional médico inclua no tratamento medicamentoso básico o oferecimento de encaminhamento para auxílio psicológico, psiquiátrico e também orientações sobre mudança nos hábitos de vida (como melhora no sono, alimentação e prática de atividades físicas). Por fim é importante que o paciente encontre formas de dar vazão ao conteúdo do seu psiquismo, evitando que o corpo físico seja veículo de expressão do conteúdo recalcado.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, Franz. **Medicina Psicossomática**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1989

ÁVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Escuta. 2002.

ÁVILA, L. A. O corpo, a subjetividade e a psicossomática. **Tempo psicanalítico**. Rio de Janeiro, 2012.

CARDOSO, Natalia Maria Pitarma. **Doença Oncológica e Alexitimia**. Contributo Pessoal. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, 1995.

HOUAISS. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa 2.0a**, Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

JUVENAL, Décimo Júnio. **Sátira X**, Roma, 55 d.C.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MELLO FILHO, Júlio de. **Psicossomática Hoje**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1992

SILVA, Juliana Dors Tigre da; MULLER, Marisa Campio. Uma integração teórica entre psicossomática, *stress* e doenças crônicas de pele. **Medicina psicossomática**. Campinas, 2006.

HOSPITAL SANTA MÔNICA. Entenda o que são doenças psicossomáticas: qual a origem, sintomas e tratamentos. **Saúde Mental**, 2019. Disponível em: <<https://hospitalsantamonica.com.br/entenda-o-que-sao-doencas-psicossomaticas-qual-a-origem-sintomas-e-tratamentos/>> Acesso em: 29 out. 2020.

RECONSTRUÇÃO DO NARIZ COM COMBINAÇÃO DE RETALHOS PARAMEDIANO FRONTAL ASSOCIADO COM RETALHO NASOGENIANO APÓS RESSECÇÃO DE CARCINOMA CUTÂNEO

DIAS, Eduardo Kloeckner Pires; FRIESEN, Lara Comarella; MARSAROTTO, Rafael Rossa; NOVELLO, Camila Isadora; TONINI, Beatriz Wustro; PAIZ, Fabio.

URI Erechim – eduardokpires@gmail.com - bia_wustro@hotmail.com -
lara.friesennn@gmail.com - milanovello@hotmail.com – rafaelmarsarotto@gmail.com -
paiz@doctor.com

1 INTRODUÇÃO

Segundo Miot e Chinem¹, o carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna de pele mais frequente em humanos. Ocorre principalmente em indivíduos de pele clara, com fototipos 1 e 2 (segundo a Classificação de Fitzpatrick²) e são decorrentes da exposição solar. A maioria dos casos corresponde a lesões em face, destes 30% na região nasal e na região cervical (CHINEM, 2011). Segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), estima-se que a incidência do câncer de pele não melanoma, para 2020, será de 80,12 casos a cada 100.000 homens e 86,65 novos a cada 100.000 mulheres.

Tal patologia tem origem nos queratinócitos da camada basal, responsáveis pela proliferação do epitélio e caracteriza-se por ter evolução lenta, com baixo potencial metastático³, porém com alto poder invasivo local. O diagnóstico e o tratamento precoce, aliado a escolha da técnica cirúrgica adequada, leva a um bom prognóstico e resultado estético-funcional satisfatório, evitando cirurgias invasivas e mutilantes.

O presente trabalho tem por objetivo descrever um relato de caso de CBC avançado do nariz submetido à excisão cirúrgica, seguido da reconstrução cirúrgica a partir de retalhos cutâneos combinados e o resultado estético-funcional do procedimento para o paciente.

2 METODOLOGIA

Este trabalho está fundamentado em um relato de caso de paciente morador de uma cidade da região Norte do Estado do Rio Grande do Sul, atendido no serviço de cirurgia oncológica local, submetido ao tratamento do carcinoma cutâneo, seguido da reconstrução do nariz com retalhos mistos. As informações para o estudo foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico (com consentimento do paciente), métodos terapêuticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

J.P., 65 anos, masculino, motorista, natural de Erechim, procura atendimento médico em 13 de novembro de 2017 por lesão nasal friável e sangrante, que havia iniciado pequena há aproximadamente 7 anos, com crescimento lento, mas nos últimos meses apresentou expansão e evolução rápida.

Negou tabagismo ou alergias. Relatou história familiar de câncer de pele em parente de primeiro grau (pai). Sem uso de medicações na data da consulta. Negou outras doenças ou queixas.

Ao exame físico apresentava pele de fototipo II (Fitzpatrick²), lesão friável e sangrante, de aproximadamente 4,0 cm, com uma extensão por todo o dorso até a ponta do nariz, poupando a área glabellar e da columela, com dor à palpação local (imagem 1). Rinoscopia direta com espéculo nasal sem particularidades. Sem adenomegalias cervicais.

Realizou em 16 de novembro de 2017 3 biópsias da lesão, sob anestesia local, tendo resultado anátomo-patológico de carcinoma basocelular, com ulceração e invasão da derme reticular profunda.

Em 23 de novembro de 2017, sob anestesia geral, foi submetido à ressecção de toda a lesão (imagem 2), com margens de segurança amplas, e à reconstrução com retalhos mistos: retalho de interpolação paramediano frontal associado ao retalho de transposição nasogeniano à direita. No procedimento foi possível diagnosticar que não houve invasão perineural, vascular e que a cartilagem apresentava-se livre de invasão neoplásica, conforme a análise patológica. A lesão principal media 3,4 cm x 2,8 cm e as margens laterais e profundas estavam amplas e livres de doença.

O pós-operatório ocorreu sem intercorrências. Houve boa viabilidade dos pedículos e boa irrigação dos retalhos em 24 horas (imagem 3). Em 13 de dezembro de 2017, foram retirados os últimos pontos cirúrgicos, sendo que os retalhos estavam bem viáveis e integrados. Em 11 de julho de 2018, foi seccionado um pequeno pedículo do retalho paramediano sob anestesia local. No dia 13 de fevereiro de 2019, foi realizado o afinamento dos rebordos laterais do retalho nasal, com boa evolução, sob anestesia local e sedação endovenosa.

No dia 05 de março de 2019, o paciente apresentou boa evolução na revisão, com boa funcionalidade respiratória e aspecto final em 04 de novembro de 2019 (imagens 4 e 5):

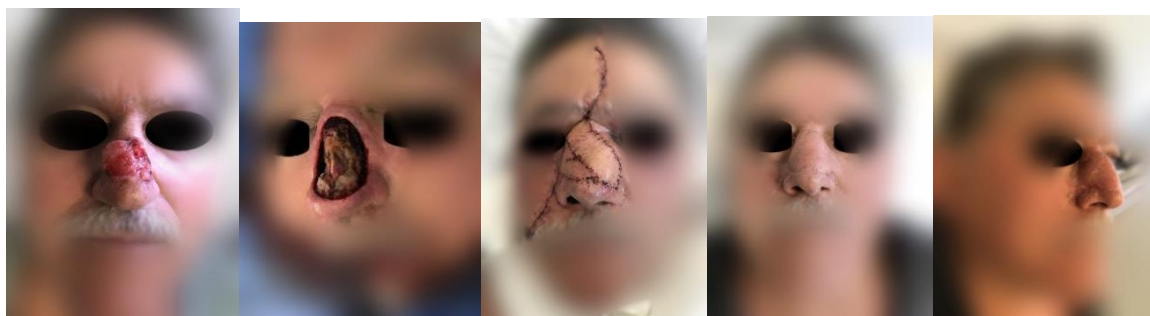


Imagem 1

Imagem 2

Imagem 3

Imagem 4

Imagem 5

A escolha da técnica a ser utilizada dependerá da localização e da dimensão do tumor, das linhas de força da face e da extensibilidade dos tecidos. Estes

retalhos podem ser empregados em diversas topografias, especialmente na reconstrução de grandes defeitos localizados na região nasal.

Os retalhos cutâneos usados para reconstrução nasal possuem uma grande versatilidade em sua aplicação, podendo ser preferíveis ao enxerto cutâneo para a reparação de perdas profundas em grandes defeitos cutâneos⁴.

Entre os retalhos mais utilizados para a reconstrução nasal estão o retalho paramediano frontal (RPF) e o retalho interpolado do sulco nasogeniano (RISN). As principais indicações para a inserção do RPF são feridas extensas e profundas localizadas na região da ponta e do dorso nasal, enquanto o RISN são mais utilizados em feridas extensas e profundas da asa do nariz. Além disso, com a técnica cirúrgica adequada e boa autonomização dos retalhos, há uma melhora do suprimento sanguíneo, que minimiza a possibilidade de sofrimento tecidual e de necrose. Este fator, associado com o treinamento apropriado, é indispensável para a obtenção de bons resultados⁵.

4 CONCLUSÕES

A detecção precoce do CBC é fundamental para que o tratamento da lesão seja curativa e com a menor morbidade possível. Diante do avanço das técnicas cirúrgicas, grandes ressecções para garantirem as margens de segurança no tratamento das neoplasias são possíveis através do manejo dos retalhos cutâneos para a reconstrução de estruturas delicadas da face. Conforme o caso supracitado, foi possível uma boa recuperação, fornecendo ao paciente funcionalidade respiratória, melhor resultado estético e conseqüentemente, melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

MIOT HA, CHINEM VP. Epidemiologia do carcinoma basocelular. **An Bras Dermatol**. 2011;86(2):292-305.

FITZPATRICK, T. B.; MOSHER, D. B. **Pigmentação cutânea e distúrbios do metabolismo da melanina. Medicina interna**. 9ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.276-284, 1983.

MANTESE SAO, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. **An Bras Dermatol**. 2006;81(2):136-42.

LAITANO, Francisco Felipe; TEIXEIRA Lourenço Frigeri; SIQUEIRA Evandro José; ALVAREZ Gustavo Steff en; MARTINS Pedro Djacir Escobar; DE OLIVEIRA Milton Paulo. Uso de retalho cutâneo para reconstrução nasal após ressecção neoplásica. **Rev Bras Cir Plást**. 2012;27(2):217-22

CERCI, Felipe Bochnia. **Surg Cosmet Dermatol**. 2018; 10(3):216-24.

RELATO DE CASO: CÂNCER DE MAMA EM HOMEM

**SANTOS, Emilli Cristina dos; WENCELEWSKI, Tayná Andressa;
DARTORA, Franciele; FAHL, Gabriela Bassani; ALBUQUERQUE, Nicole de;
SARTORI, Juliano;**

URI Erechim – emilli.cris97@gmail.com; twencelewski@gmail.com – frandart22@gmail.com –
gabi.fahl@hotmail.com – nicoleas200@gmail.com – jsartori@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama no sexo feminino é a segunda patologia mais frequente no Brasil, já no sexo masculino, é raro e proporcionalmente atinge somente um homem a cada mil mulheres. Apesar das semelhanças de ambos em relação aos fatores de risco e protocolos a serem tomados do momento da suspeita até reabilitação, a neoplasia mamária em homens possui caráter único, sendo em geral diagnosticados tardiamente e em estágios mais avançados (III e IV). Além do perfil epidemiológico e das manifestações clínicas serem singulares, o câncer de mama não é uma preocupação corrente na população masculina e, muitas vezes, é estigmatizado por tabus ainda presentes, o que acarreta em negligência e desconhecimento da patologia na população. (CAMEJO et al., 2018).

Quanto a incidência, há variações entre os continentes e as raças, sendo mais frequente na América do Norte, Europa e África, e menos na Ásia. No continente africano, inclusive a literatura já sugere relação com as doenças infecciosas endêmicas da região, que causam além da lesão hepática o hiperestrogenismo, o qual é fator de risco tanto para a neoplasia mamárias tanto em mulheres quanto em homens (CAMEJO et al., 2018).

As manifestações clínicas do câncer de mama masculino incluem frequentemente topografia na mama esquerda, com apresentação modular, retroareolar indolor e envolvimento do mamilo, que pode ainda se apresentar com umbilicação, secreção sanguinolenta que evolui para ulceração. O objetivo desta pesquisa foi apresentar um caso de câncer de mama masculino e realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa documental, analítica de revisão bibliográfica e relato de caso, sobre um homem portador de câncer de mama, submetido a tratamento em um centro de tratamento oncológico em um município da região norte do Rio Grande do Sul. Os autores obtiveram autorização prévia para descrição do caso e uso dos dados clínicos contidos no banco de dados da Clínica por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por parte do paciente em questão. A base bibliográfica para o referencial teórico foi pesquisada nas plataformas online de estudos como SciELO e PubMed. Além disso, foram usados dados epidemiológicos retirados do Instituto Nacional do Câncer.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente relato de caso descreve um paciente masculino, de 70 anos, caucasiano, aposentado, natural e residente do município de Erechim - RS. Há cerca de três anos, procurou auxílio médico após perceber secreção sanguinolenta em suas vestes, na região da mama direita, sem demais sintomatologia associada. Após investigação clínica, foi confirmado o diagnóstico para câncer de mama. A análise histopatológica da lesão foi classificada como tipo carcinoma ductal invasor, em estadiamento tumoral grau II, sem invasão angiolinfática e ausência de metástases. A análise imunohistoquímica apontou câncer tipo HER2 negativo, e os marcadores tumorais receptores de estrogênio e progesterona foram ambos positivos. O perfil molecular foi caracterizado como Luminal B her-2 negativo. O primeiro tratamento realizado foi cirurgia para excisão da lesão, e, após, o paciente realizou quimioterapia e atualmente em hormonioterapia com tamoxifeno 20mg ao dia.

O câncer de mama é uma doença de caráter multifatorial e heterogênea, levando em conta fatores imutáveis, como idade, predisposição genética e histórico familiar, e fatores mutáveis, a exemplo de estilo de vida e história reprodutiva. É a doença neoplásica mais recorrente em mulheres a nível mundial e nacional. Apesar de infrequente, 1% das neoplasias mamárias ocorrem em homens e possui fortes indícios de fatores genéticos envolvidos (BRASIL, 2018). Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama masculino incluem a idade avançada, desequilíbrio hormonal, exposição à radiação, histórico familiar de câncer de mama e mutação nos genes BRCA1 e 2 (FENTIMAN, 2018). Há também evidências de que os tumores de mama masculinos são mais propensos a expressar os receptores de estrogênio do que os femininos, e menos propensos a apresentar uma superexpressão do gene HER-2 (KONDURI et al., 2020).

Os tumores de mama presentes em pacientes masculinos possuem em sua maioria a influência do aumento dos níveis de estrogênio, muitas vezes causadas pela obesidade. A presença da Síndrome de Klinefelter, conjunto de características genéticas que conferem características femininas aos homens, aumenta em cerca de 20 vezes a probabilidade de desenvolvimento da doença. Além disso, a presença de histórico familiar de câncer de mama, mutação dos genes BRCA1 e BRCA2, e fatores ambientais como o etilismo são fatores que aumentam o risco de desenvolvimento da doença (SALOMON et al., 2015).

O diagnóstico da neoplasia mamária em homens ocorre em estágios mais tardios se comparado ao diagnóstico de câncer de mama em mulheres. Correlacionado a tal fato exposto, o câncer de mama masculino frequentemente tem apresentação clínica correspondente a neoplasias mais avançadas, como um tumor de maior tamanho, envolvimento linfonodal e metástases a distância (GUCALP et al., 2019).

O tumor de mama masculino frequentemente se apresenta como um nódulo subareolar e indolor (GOSS et al., 1999; SALOMON et al., 2015). O envolvimento do mamilo é uma ocorrência precoce, podendo ocorrer retração, secreção e ulceração. A mama esquerda é acometida com mais frequência que a mama direita, e cerca de 1% dos casos são bilaterais. O diagnóstico diferencial inclui ginecomastia, abscesso mamário, metástase e outros tumores primários (GÓMEZ-RAPOSO et al., 2010).

O primeiro passo na avaliação de uma massa mamária suspeita em homens é a realização da mamografia. A sensibilidade e especificidade deste exame para o diagnóstico do câncer de mama masculino é de 92% e 90%, respectivamente

(GÓMEZ-RAPOSO et al., 2010). As características radiográficas sugestivas de malignidade incluem localização excêntrica ao mamilo e margens espiculadas. As microcalcificações são achados menos comuns em homens (APPELBAUM et al., 1999). A ultrassonografia e ressonância magnética podem ser um complemento útil para fornecer informações sobre o envolvimento nodal (GÓMEZ-RAPOSO et al., 2010). Ademais, nódulos suspeitos requerem biópsia por meio da Core Biopsy, que é o procedimento de eleição e permite o diagnóstico definitivo (FENTIMAN, 2018; SALOMON et al., 2015).

Em relação ao tratamento, a mastectomia radical modificada ou simples é realizada. Além disso, uma vez que os homens apresentam envolvimento do mamilo e da pele de maneira mais frequente, a radioterapia da área de mastectomia é indicada (SALOMON et al., 2015). A hormonioterapia, principalmente a terapêutica com Citrato de Tamoxifeno adjuvante, é recomendada em casos com receptores hormonais positivos após a realização do tratamento cirúrgico ou com doença metastática (GIORDANO et al., 2004; SALOMON et al., 2015). Em pacientes com doença metastática e que não respondem ao tratamento hormonal, recomenda-se a quimioterapia sistêmica para auxiliar na sobrevida (FENTIMAN; FOURQUET; HORTOBAGYI, 2006).

4 CONCLUSÕES

Embora o câncer de mama feminino possa servir de subsídio para o conhecimento de estratégias diagnósticas e terapêuticas para o câncer de mama masculino, o câncer de mama no homem deve ser visto e estudado de forma independente do câncer de mama na mulher, uma vez que possui suas próprias particularidades moleculares, clínico-patológicas e demandas a serem supridas (GUCALP et al., 2019). Diante do exposto, o relato de caso acima confirma a importância da compreensão sobre a neoplasia mamária masculina, bem como a realização de diagnóstico precoce da doença, a fim de melhorar o prognóstico e a qualidade de vida destes pacientes.

REFERÊNCIAS

APPELBAUM, Alan H.; et al. Mammographic Appearances of Male Breast Disease. **RadioGraphics**. 1999.

FENTIMAN, Ian S. The biology of male breast cancer. **The Breast**. 2018.

FENTIMAN, Ian S.; FOURQUET, Alain; HORTOBAGYI, Gabriel N. Male breast cancer. **The Lancet**. 2006.

GIORDANO, Sharon H.; et al. Breast Carcinoma in Men: A Population-Based Study. **American Cancer Society**. 2004.

GÓMEZ-RAPOSO, César; et al. Male breast cancer. **Cancer Treatment Reviews**. 2010.

GOSS, Paul E.; et al. Male Breast Carcinoma: A Review of 229 Patients Who Presented to the Princess Margaret Hospital during 40 Years: 1955–1996. **American Cancer Society**. 1999.

GUCALP, Ayca; TRAINA, Tiffany A.; EISNER, Joel R.; PARKER, Joel S.; SELITSKY, Sara R.; PARK, Ben H.; ELIAS, Anthony D.; BASKIN-BEY, Edwina S.; CARDOSO, Fatima. Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer. **Breast Cancer Res Treat**. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Câncer de mama - versão para Profissionais de Saúde, câncer no Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>. Acesso em: 22 out 2020.

KONDURI, Santhi; et al. Epidemiology of male breast cancer. **The Breast**. 2020.

SALOMON, Marcus Felipe Bopp; et al. Câncer de mama no homem. **Rev. Bras. De Mastologia**. 2015.

CAMEJO, Natalia et al. **Características del cáncer de mama masculino en una población uruguaya**. Anfamed, Montevideo, v. 5, n. 1, p. 46-67, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542018000100046&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 23 out 2020.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDA EM ANTEBRAÇO: COMPLICAÇÃO DE UMA QUEIMADURA DE 3º GRAU

BITTARELLO, Milena; KAUTZ, Luma Girardi; BRESOLIN, Lucas; PAGLIOSA, Laura Corradi; VALENTINI, Igor; MANFREDINI, Rinede Luis.

URI ERECHIM - milenabittarello@hotmail.com - luma.kautz@hotmail.com -
igor.valen@hotmail.com - lauracp2000@hotmail.com- luk.bresolin@gmail.com -
cirurgioplastica1@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Compartimental é uma emergência médica que pode resultar no comprometimento da viabilidade do membro afetado ou até da vida do paciente (MENDES et al., 2014). Ela consiste em um aumento da pressão do tecido dentro de um compartimento fascial apertado, resultando na isquemia do tecido (CAMPAGNE, 2019).

Existem diversas causas que podem resultar na Síndrome Compartimental. De acordo com Campagne (2019), as mais comuns são em fraturas, contusões graves ou lesões por esmagamento e lesões de reperfusão após uma lesão vascular e reparo. Ainda, existem causas mais raras, como mordidas de cobra, queimaduras, esforço severo, superdosagem de fármaco, gesso, curativos apertados e outros fechamentos que limitem o edema, aumentando a pressão compartimental.

Por conseguinte, o objetivo deste estudo é relatar o caso de um paciente de 1 ano e 2 meses, com escaldadura em braço direito, apresentando queimadura de 3º grau, que evoluiu para Síndrome Compartimental, bem como os procedimentos que o mesmo foi submetido.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa está fundamentada no relato de um caso clínico-cirúrgico de paciente pertencente ao serviço de Urgência e Emergência de um hospital no norte do Rio Grande do Sul, onde foi diagnosticado e submetido a tratamento para Síndrome Compartimental em Membro Superior direito pós escaldadura por sopa quente. A partir da aplicação de um consentimento informado, o paciente permitiu a divulgação de dados clínicos, laboratoriais, exames de imagem e imagens fotográficas das lesões corporais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente relato faz referência a um paciente do sexo masculino, branco, de 1 ano e 2 meses e 11kg. Paciente recorreu ao pronto socorro acompanhado da mãe, com história de escaldadura em antebraço direito causada por sopa fervendo. A lesão de maior importância ocorreu no terço distal logo acima do punho caracterizando-se por uma queimadura de 3º grau com caráter circular. O paciente foi manejado com realização de desbridamento cirúrgico e curativos com o uso de aquacell. No entanto, poucas horas depois, o paciente evoluiu com Síndrome

Compartimental no membro afetado, devido queimadura circular, interrompendo a circulação sanguínea para a mão direita, sendo necessária a realização de fasciotomia para melhora do quadro. Com o quadro estabilizado, voltou-se a atenção a ferida, onde percebeu-se que não houve resposta significativa ao tratamento com aquacel. Com o intuito de melhora foi realizada uma cirurgia de retirada de enxerto, em região frontal superior de couro cabeludo, para aplicação no membro superior direito. Nas avaliações consequentes, o paciente apresentou boa evolução, com eficiente adaptação do enxerto e apropriada cicatrização, além de que, na região de retirada da enxertia houve crescimento pilar que auxiliou na reconstrução tecidual do local. O paciente segue em acompanhamento para realização de limpeza e troca de curativos.

Quanto a fisiopatologia da síndrome compartimental, a mesma é secundária ao aumento da pressão intersticial de um compartimento muscular, com duração e intensidade que possam causar comprometimento isquêmico e neurológico de determinado segmento, caso não seja descomprimido (MENDES et al., 2014). Ademais, é uma patologia que pode ocorrer em qualquer idade, sexo e pode afetar tanto membros superiores como inferiores, sendo mais frequente em membros superiores, no compartimento anterior do antebraço (CÃNAS et al., 2016).

Desse modo, clinicamente a síndrome compartimental manifesta-se por dor excessiva no local da lesão, desproporcional a mesma, acompanhada de estiramento passivo dos músculos e edema tenso do compartimento, além de poder ter como manifestações mais tardias a ausência de pulsos e manifestações neurológicas, como parestesias e hiperestésias (MENDES et al., 2014). Por conseguinte, o diagnóstico da síndrome compartimental é essencialmente clínico, e deve ser feito pela história clínica e exame físico, e pode-se lançar mão da medição da pressão intracompartimental como diagnóstico confirmatório (CÃNAS et al., 2016).

Logo, segundo Mendes et al (2014), após a confirmação diagnóstica, o tratamento cirúrgico -fasciotomia- é emergente, devendo ser efetuado em até 6 horas após a lesão, sendo que o critério para operar tem como base o valor de pressão do compartimento, pelo cálculo do ΔP do compartimento (diferença entre a pressão do compartimento e a pressão diastólica do doente, a qual se $<30\text{mmHg}$, indica fasciotomia). Portanto, a síndrome compartimental aguda constitui uma emergência e, caso não tratada prontamente, coloca em risco a funcionalidade do membro, podendo levar, até mesmo, à necessidade de amputação deste (CÃNAS et al., 2016).

Seguido do diagnóstico e do procedimento cirúrgico, as recomendações, ao pós-operatório, são, inicialmente, buscar o equilíbrio eletrolítico com hidratação intravenosa, para reposição da perda de líquidos, seguida da verificação da pressão do membro, com o intuito de acompanhar a situação da circulação sanguínea, além de, fisioterapia precoce para retorno dos movimentos do membro. (Rohde; Osvaldt, 2018; GARNER et al., 2014)

4 CONCLUSÕES

A etiologia mais comum da síndrome compartimental é o trauma, no entanto, há outras causas como queimaduras, lesões iatrogênicas e êmbolos, que, pelo fato

de serem atípicas, podem representar maiores dificuldades para diagnóstico (GARNER et al., 2014). O tratamento dessa síndrome deve ser o mais emergente possível, uma vez que a duração e a intensidade da pressão elevada do compartimento influenciam diretamente no prognóstico.

Portanto, ressalta-se a importância do conhecimento, por parte dos provedores de saúde, sobre as etiologias, cuidados e tratamentos da síndrome compartimental, almejando um diagnóstico acertado e rápido, além de alta resolubilidade e prognóstico satisfatório.

REFERÊNCIAS

MENDES, R. F; PEDRO, I; SOUZA, A. R. SÍNDROME COMPARTIMENTAL DO ANTEBRAÇO. **Rev Port Ortop Traum** 22(1): 127-134, 2014.

CANÃS, G. R; BERTÓ, V; JIMÉNEZ, A; MARTÍN, A; MARTINÉZ, R. M; TURZA, B. R. Síndrome compartimental agudo en antebrazo: una infrecuente complicación del cateterismo transradial. **Sanid. mil.** 2016; 72 (1): 33-37; ISSN: 1887-8571.

GARNER, M. R. *et al.* Compartment Syndrome: Diagnosis, Management, and Unique Concerns in the Twenty-First Century. **Hss Journal: the musculoskeletal journal of Hospital for Special Surgery.** 2014; 10(2): 143-153.

CAMPAGNE, D. Síndrome Compartimental. **Manual do MSD-** Versão Para Profissionais da Saúde. 2019. Acesso em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/lesões-intoxicação/fraturas/s%C3%ADndrome-compartimental>

SÍNDROME DO IMPACTO DO OMBRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

OSTROWSKI, Jean Carlos; GIORA, Taís Stedile Busin; ROSS, Giovanna Sanagiotto; PEDRINI, Felipe Luís; MARSAROTTO, Rafael Rossa;

URI - Erechim - jeanc.ostrowski@gmail.com - tais@giora.com.br - giovannasttr@gmail.com - felipepedrini9@gmail.com - rafaelmarsarotto@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A síndrome do impacto do ombro (SI do ombro), caracteriza-se por uma dor de caráter crônico que acomete a articulação do ombro. Ela pode se manifestar de diferentes formas, dentre elas: dores locais em braço, ombro e pescoço; fraqueza muscular, perda de massa muscular local e limitação da amplitude e do movimento do braço; e rigidez na articulação do ombro. Esse quadro é desenvolvido por inflamação dos tendões que compõem manguito rotador (MR- estrutura de músculos que fazem a estabilização da articulação do ombro) que é composto pelos músculos subescapular, supraespinhal, infraespinhal e redondo menor (METZKER, 2010). Neste resumo, abordaremos as principais características do mecanismo, da clínica e do tratamento da síndrome.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consistiu em uma revisão da literatura referente a síndrome do impacto do ombro. Os artigos e livros analisados foram escritos em inglês e português e publicados entre os anos 2009 e 2011. A partir disso, objetivou-se organizar um resumo expandido que apresentasse uma discussão clara e objetiva a respeito das correlações fisiopatológicas e relações anátomo-clínica, suas especificidades, tratamento e métodos de diagnóstico médico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síndrome do impacto do ombro (SIO) é uma das patologias mais frequentes do ombro podendo acometer ambos os lados com prevalência superior em indivíduos com idade entre 40 a 50 anos. Descrita em 1972 e estadiada em 1983 por Neer (NEER,1983), consiste no choque da grande tuberosidade do úmero, tendão supraespinhal e cabeça longa do bíceps com o arco coracoacromial ao movimento de elevação do braço. Trata-se de reações inflamatórias e de degeneração de estruturas do espaço acromioclavicular da articulação do ombro causada por impactação mecânica repetitiva (METZKER, 2010).

A articulação do ombro é a articulação que possui a maior mobilidade em relação a outras do corpo humano, pelo fato de haver três (3) articulações verdadeiras e duas (2) funcionais, sendo o complexo articular composto por cinco (5) articulações sendo elas: escapulotorácica, acromioclavicular, esternoclavicular, subdeltoidea e escapuloumeral. A escapuloumeral, ou glenoumeral, é a articulação mais importante no que tange a biomecânica das articulações relatadas, isso referente ao movimentos realizados isoladamente ou de forma combinada: flexão e

extensão, adução e abdução, adução e abdução na horizontal e rotação interna e externa do braço (ROY *et al.*, 2009) (METZKER, 2010).

A lesão de SIO não possui um fator isolado, mas sim uma combinação de quatro elementos: (1) má vascularização do tendão do músculo supraespal; (2) degeneração das estruturas, devido ao envelhecimento; (3) trauma, pelo impacto das estruturas; (4) anatomia do ombro, tipo de acrômio (tipo III – ganchoso). (SAUERBRONN SOUZA *et. al.* 2009). Quanto ao formato do acrômio, Morrison e Bigliani em 1987 classificaram o acrômio em três tipos: plano, curvo e ganchoso (Tipo I, II e III, respectivamente), relacionando os dois últimos tipos a gênese da síndrome de impacto. (MORRISON E BIGLIANI, 1987)

Clinicamente, a SIO se caracteriza por ser evolutiva e tem como sintomas a dor crônica e intermitente na região anterolateral do ombro, que piora com movimento de elevação do braço (abdução e flexão), sobretudo entre 70° e 100° de angulação. Histórico de dor intensa durante a noite, devido ao estiramento das partes moles, é um fator presente em todas fases da doença. Sinais irritativos de Neer, Hawkins e Yocun são geralmente positivos. Em alguns casos isolados, podem aparecer calcificações tendinosas. A classificação de Neer é uma ferramenta utilizada para distinguir diferentes estágios da SIO e ajudar no direcionamento do tratamento da lesão (MAEDA *et al.*, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2011; SAUERBRONN SOUZA *et. al.*, 2009).

Classificação de Neer:

1. Estágio I: edema e hemorragia reversíveis na bursa e no manguito rotador. Acomete geralmente pacientes com menos de 25 anos.
2. Estágio II: tendinite e fibrose irreversível. Nesse estágio têm sido incluídas as lesões parciais. Acomete geralmente pacientes entre 25 e 40 anos.
3. Estágio III: incluem mudanças crônicas, tal como lesões do MR e roturas bicipitais. Ocorre geralmente em pacientes com mais de 40 anos.

Para o diagnóstico clínico, as manobras propedêuticas mais utilizadas são o “sinal” de Neer” ou “teste de impacto” que consiste na elevação passiva do braço em rotação interna, em que o paciente deve referir dor, e o “teste de Jobe”, feito com o paciente exercendo força contra o examinador, segurando os braços em 90° de elevação e rotação interna. Esse teste pode ter três resultados: força normal sem dor, força normal com dor (estágios I e II) e força diminuída com dor (estágio III, com lesão do manguito rotador). O diagnóstico por imagem é feito através de radiografia simples do ombro para avaliação da parte óssea e exame de ultrassonografia ou ressonância nuclear magnética do ombro para avaliação do estado dos tendões e bursaS (Propedêutica Ortopédica e Traumatológica 2013; LEITE e FALOPPA).

O tratamento conservador consiste primeiramente no alívio dos sintomas da inflamação. Em seguida, deve-se, restabelecer a mobilidade articular com recuperação da amplitude de movimento normal. Por último, o fortalecimento do manguito rotador, dos estabilizadores da escápula e deltóide. Existem inúmeras abordagem fisioterapêuticas, sendo que as mais indicadas são ondas curtas, ultrassom, cinesioterapia e fortalecimento dos músculos deltóide, cabeça longa do bíceps, serrátil anterior e trapézio. O tratamento conservador possui uma taxa de sucesso que, na literatura, varia de 33% até 92%. A falha desta abordagem após um período de 3 a 4 meses é um indicativo de intervenção cirúrgica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2011; SAUERBRONN SOUZA *et. al.* 2009).

Um estudo canadense, publicado em 2009, demonstrou que pacientes com SIO tendem a realizar movimentos deficitário da articulação ombro com elevação da clavícula e rotação do tronco. O que gera um esforço maior da articulação afetada e consequentemente dor. Portanto, a correção destes movimentos com ajuda da fisioterapia a curto prazo, ajuda a diminuir a dor (ROY et al. 2009).

O tratamento cirúrgico mais indicado é a descompressão subacromial por via artroscópica, a qual consiste na liberação do ligamento coracoacromial (LCA), acromioplastia (redução da espessura do 1/3 ântero-inferior do acrômio) e desbridamento da bursa hipertrófica. Nos casos em que a lesão do manguito rotador exceder 50% do envolvimento de tendão, há concordância na literatura em associar sutura do tendão à técnica de descompressão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2011).

4 CONCLUSÕES

A SIO acomete principalmente pessoas com idade entre 40 e 50 anos, com dor intermitente e de caráter crônico que compromete as atividades laborais e o bem estar dos pacientes. A patologia se caracteriza por reações inflamatórias e de degeneração de estruturas do espaço acromioclavicular da articulação do ombro causada por impactação mecânica repetitiva. Sendo assim, os indivíduos acometidos necessitam de uma intervenção, primeiramente, conservadora que atinge até 92% de recuperação e em casos mais graves, com estágio III da classificação de Neer, é indicado o tratamento cirúrgico, com maior prevalência a descompressão subacromial por via artroscópica, associada ou não ao reparo do manguito rotador.

REFERÊNCIAS

- Kapandji AI. Fisiologia articular. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- METZKER, Carlos Alexandre Batista. Tratamento conservador na síndrome do impacto no ombro. **Fisioterapia em Movimento**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 141–151, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-51502010000100014>
- MAEDA, Ernesto Youiti *et al.* clinical and ultrasound study. **Original article**, [s. l.], v. 49, n. 4, p. 381–386, 2009.
- ROY, Jean-Sébastien *et al.* Impact of movement training on upper limb motor strategies in persons with shoulder impingement syndrome. **BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 1–11, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1758-2555-1-8>
- NEER, C.S. II, Craig, E.V.; Fukuda, H.: **Cuff-tear arthropathy**. J Bone Joint Surg [Am] 65: 1232-1244, 1983.
- MORRISON, D.S. & Bigliani, L.U.: **The clinical significance of variation in acromial morphology**. Orthop Trans 11: 234, 1987.

TELEMEDICINA: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E LEGISLATIVA

BORTOLOSO, Dalana; PERISSINOTTO, Daiane; SARTORI, Giana Lisa Zanardo

URI Erechim - dalanabortoloso@hotmail.com – daianeperissinotto@gmail.com –
sgiana@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Com a evolução da sociedade, bem como da tecnologia e da comunicação, a necessidade de aperfeiçoamento quanto às formas de atendimento médico aumentou e, com isso se intensificou a busca por formas de atendimento das pessoas, com foco principalmente no tratamento preventivo, uma vez que a evolução tecnológica não seria suficiente para controlar a demanda relacionada à saúde. Observa-se que, de fato, o atendimento médico a distância é de elevada importância, pois foi a maneira encontrada de manter os vínculos entre paciente e profissional médico e ao mesmo tempo possibilitar o acesso a saúde, apresentando-se também como uma forma de proteção à vida, evitando a exposição das pessoas ao vírus da Covid-19. Justifica-se a pesquisa sobre a telemedicina, pelo fato de ser uma forma de atendimento utilizada pelos médicos desde as primeiras sociedades, porém com regulamentação posterior. O objetivo do estudo, é uma abordagem da evolução histórica e legislativa da telemedicina, demonstrando a progressão de sua prática.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada nessa pesquisa baseia-se no método científico indutivo, na perspectiva da abordagem qualitativa. Quanto aos procedimentos técnicos, encontra-se na categoria bibliográfica, bem como a legislação brasileira, uma vez que se valeu de apanhados extraídos de artigos científicos, revistas, pesquisas on-line e obras literárias pertinentes ao estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em uma perspectiva histórica, o primeiro relato acerca da telemedicina pode ser datado ainda no período Medieval, seguido da invenção do estetoscópio, criado por Laennec, por volta do início do século XIX. Este foi o primeiro instrumento desenvolvido para ausculta, aprimorado posteriormente, por volta de 1852, por George Cammann, em Nova York, tornando-o semelhante ao que conhecemos hoje (KHOURI, 2003, p.95). Ainda, no final do século XIX, primeiro por meio do Código Morse - sistema de representação de letras, algarismos e sinais de pontuação através de um sinal codificado enviado de modo intermitente – e, depois, por chamadas de voz, a comunicação foi possibilitada também por rádio, onde sabe-se que durante a Segunda Guerra Mundial, era feito o atendimento dos soldados feridos. (DOMINGUES, et. al., 2014, p. 211).

Com isso, no início do século XXI, o atendimento a distância se expande em alguns hospitais no Brasil, iniciando-se o monitoramento e verificando sua eficácia.

Também, intensifica-se a criação de eventos incentivando e informando sobre o uso da telemedicina. Sendo assim, o CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) passa a desenvolver estratégias no sentido de incentivar as pesquisas desse ramo da medicina, com apoio do Ministério da Saúde e das associações fundadas com esses objetivos, como por exemplo a Associação Brasileira de Telemedicina e o Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde. (DOMINGUES, et. al. 2014, p. 212,2013).

No Rio Grande do Sul, ainda no ano de 1982, em que pese não haver regulamentação legal para a prática da telemedicina, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, no curso de pós-graduação em Cardiologia, foi ministrado o primeiro curso optativo de informática médica e a disciplina de Sistema de Informações em Saúde, oferecida pelo Departamento de Informática Aplicada. (DOMINGUES, et. al. 2014, p. 2013). Aí foi o início da telemedicina, expandindo-se até os dias atuais, não só em nosso estado como também em muitos locais de difícil acesso, em que tal prática facilita o monitoramento dos pacientes.

A legislação referente a telemedicina, surge em 1999, por meio da Declaração de Tel Aviv na 51ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, seguidos pelas demais. Dentre outros aspectos, essa trata das Normas Éticas na utilização da telemedicina, e sobretudo, na época, o intuito era de proporcionar de forma fácil o acesso a saúde aos locais onde ainda não existia, então a própria declaração já previa o respeito aos princípios da ética médica.

[...] A telemedicina é o exercício da medicina à distância, cujas intervenções, diagnósticos, decisões de tratamentos e recomendações estão baseadas em dados, documentos e outra informação transmitida através de sistemas de telecomunicação. A utilização da telemedicina tem muitas vantagens potenciais e sua demanda aumenta cada vez mais. Os pacientes que não têm acesso a especialistas, ou inclusive à atenção básica, podem beneficiar-se muito com esta utilização [...] (DECLARAÇÃO DE TEL AVIV, 1999).

Em 26 de agosto de 2002, o Conselho Federal de Medicina expediu a Resolução de nº 1.643, a qual define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina, levando-se em conta as novas tecnologias entre os profissionais da saúde e destes com os pacientes bem como demais medidas para assegurar o atendimento. Posteriormente, em 2018, o Conselho Federal de Medicina expediu a Resolução de nº 2.227/2018 que define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, no sentido de complementar a anterior.

Com a publicação da Resolução 2.227/2018, em 06 de fevereiro de 2019, ficou revogada a Resolução 1643/2002. Ocorre que, em 06 de março de 2019, em virtude de propostas encaminhadas pelos profissionais da saúde, uma vez que não foram implantadas ferramentas suficientes para ofertar o serviço médico a distância, também foi revogada, pela Resolução nº 2.228/2019, motivando e esclarecendo aos médicos e a população que devido ao tempo necessário para a implementação da estrutura que precisa ser dispensada para que o uso seja eficaz e principalmente seguro, houve a revogação da última e a primeira, ou seja a Resolução 1.643/2002, volta a vigorar, porém, esta tratava de forma breve sobre a telemedicina.

Diante da situação da calamidade pública, causada pelo distanciamento social, decorrente da propagação do Covid-19 (SARS –coV-2), em 19 de março de 2020, o Conselho Federal de Medicina novamente se manifesta quanto ao uso da telemedicina, sendo permitido, excepcionalmente, durante o estado de calamidade pública, a possibilidade de se utilizar a telemedicina em seus diversos tipos, ou seja, telemonitoramento, teleorientação, teleinterconsulta.

Isto posto, foi sancionada a Lei 13.989, do dia 15 de abril de 2020, publicada no dia 16 de abril de 2020, dispondo sobre o uso da telemedicina, a qual deixa clara a possibilidade de uso da telemedicina “enquanto durar a crise ocasionada pela coronavírus”, mas em caráter emergencial (arts. 1º e 2º). Na sequência conceitua a telemedicina, e, por fim, estabelece o direito do paciente de saber das limitações do atendimento a distância, visto que impossibilita o exame físico, durante a consulta. Dessa maneira, estabelece ao médico a ética e a disponibilidade do uso da telemedicina de forma paga ou por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Lembrando-se que a prática deverá seguir sobretudo o Código de Ética Médica, os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e principalmente, o princípio do máximo zelo; além de respeitar e cumprir as normas constitucionais existentes que asseguram os direitos fundamentais à vida e à saúde e a dignidade humana e todas as regras legais que decorrem destas normas.

4 CONCLUSÕES

Nota-se que a telemedicina é uma possibilidade do presente e não mais do futuro e nesse sentido, a pandemia a tornou necessária. Para que se possa pensar no exercício da medicina, através da telemedicina, se faz necessário um conjunto de normas éticas e jurídicas que protejam os pacientes e os profissionais, porém também será imprescindível o conhecimento e o domínio da tecnologia necessária para a utilização do atendimento a distância. Sabe-se que os profissionais podem e devem se valer dos meios necessários para um atendimento que busque promover o bem-estar de seu paciente e a telemedicina pelo que foi possível verificar nas breves considerações históricas apresentadas, está disponível a muitos anos e contribui de forma positiva no sentido de facilitar a prevenção, a informação, a agilidade no atendimento e a orientação aos pacientes. É inegável que seu uso impacta e continuará impactando tanto os pacientes quanto os profissionais da saúde, que não se tem a clareza necessária ainda sobre os mais diversos desdobramentos éticos e jurídicos que podem advir de seu uso, porém, embora seja importante o contato próximo entre médico-paciente, de forma virtual também é possível ser “humano”, especialmente, na atualidade que se vivencia, mantendo a segurança para a saúde de todos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei no 13.989 de 15 de abril de 2020.** Dispõe sobre o exercício da Medicina [Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov>. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível

em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em: 17 out. 2020.

DECLARAÇÃO DE TEL AVIV, sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da telemedicina. Adotada pela 51ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/27telaviv.html>. Acesso em: 29 out. 2020.

DOMINGUES, D. A.M; et.al. História da evolução da telemedicina no mundo, no Brasil e no Rio Grande do Sul. In: LOPES. M.H.I.; SCHWARTSMANN, C.B.L (Org). - **Registros da História da Medicina**. 1.ed. v.1, Porto Alegre: Luminara Editorial, 2014. p.209-2018. Disponível em: <http://docplayer.com.br/49903657-Historia-da-evolucao-da-telemedicina-no-mundo-no-brasil-e-no-rio-grande-do-sul.html>. Acesso em: 12 out. 2020.

KHOURI, S. G. **Telemedicina: análise da sua evolução no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências, área de Fisiopatologia Experimental) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003, 247 p.

TETRALOGIA DE FALLOT, COGNOMINADA DE SÍNDROME DO BEBÊ AZUL: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA

BUDKE, Tamiris; FAHL; Célio Friedholdo

URI Erechim – tamirisbudke9@gmail.com; celio.fahl@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Os defeitos congênitos cardíacos compreendem um significativo grupo de malformações, caracterizado por anormalidades do coração e dos grandes vasos que apresentam grande importância funcional em nascidos vivos, pois constituem a principal causa de morbidade neonatal (MOORE, 2016). A Tetralogia de Fallot é a cardiopatia congênita cianótica mais frequente e corresponde a cerca de 10% de todos os defeitos congênitos do coração (LACERDA, 2013). A cada 3600 nascimentos, uma criança tem a doença (BARREIRA, 2017). Clinicamente, é decorrente de um deslocamento anterior do septo conotruncal, que produz quatro alterações cardiovasculares: (1) estenose infundibular pulmonar; (2) defeito do septo interventricular; (3) aorta cavalgada; (4) hipertrofia da parede ventricular direita (LANGMAN, 2016).

Com isso, o presente estudo tem como objetivo uma breve revisão bibliográfica sobre a fisiopatologia, diagnóstico e condutas para a Tetralogia de Fallot.

2 METODOLOGIA

Para atingir o objetivo foram utilizadas as plataformas de pesquisa como o Google Acadêmico, Scielo e a biblioteca virtual da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões para pesquisa em livros acadêmicos.

Ademais, foram pesquisados artigos científicos no site da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da European Society of Cardiology para a contribuição das informações apresentadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As causas da Tetralogia de Fallot (TOF) são desconhecidas, entretanto alguns fatores durante a gravidez podem aumentar o risco da doença, tais como: rubéola, desnutrição, doenças virais, uso de bebidas alcoólicas e idade acima de 40 anos. Ademais, em 90% dos casos de TOF, encontra-se uma mutação no gene *JAC1*, o ligante para a sinalização *NOTCH* que regula as células da crista neural, as quais formam o septo conotruncal. Outras mutações, como ocorre no gene de especificação cardíaca *NKX2.5*, no cromossomo 5q35, de modo autossômico dominante, também pode resultar em Tetralogia de Fallot. (LANGMAN, 2016)

Na fisiopatologia, a anteriorização do septo infundibular leva a um estreitamento infundibular do ventrículo direito e obstrução subvalvar pulmonar, ocorre então a comunicação interventricular, sobreposição da aorta e hipertrofia de

ventrículo direito. O fluxo de saída pulmonar é reduzido quando comparado com a normalidade. (PFEIFFER, 2008). Desse modo, os defeitos anatômicos diminuem a quantidade de oxigênio disponível no sangue levando à cianose, policitemia e hipóxia, por isso intitulada como “Síndrome do bebê azul” devido à cor arroxeada na pele e mucosa dos bebês.

As principais manifestações clínicas são: presença de sopro cardíaco audível ao nascimento, cianose ao nascimento ou logo após, dispneia aos esforços ou crises de hipoxemia, taquipnéia e baqueteamento digital. No eletrocardiograma pode estar presente desvio do eixo para a direita; sobrecarga do ventrículo direito e ocasionalmente sobrecarga do átrio direito (PARK, 2015).

O principal exame para diagnóstico da Tetralogia de Fallot é o ecocardiograma bidimensional com Doppler, em que se pode identificar a comunicação interventricular (CIV) infundibular perimembranosa grande, cavalgamento da aorta, hipertrofia ventricular direita, estenose infundibular pulmonar (PARK, 2015).

Para o tratamento da TOF indica-se cirurgia corretora o mais cedo possível, preferencialmente entre 18 e 24 meses de idade. Até o momento cirúrgico, o tratamento clínico deve abranger medidas que visam o controle de crises hipoxêmicas (como o uso de betabloqueadores que auxiliam no controle da cianose por atuarem diretamente na hipertrofia infundibular melhorando o fluxo pulmonar). No tratamento cirúrgico paliativo, tem-se como objetivo aumentar a perfusão pulmonar, elevar a saturação do oxigênio e estabilizar o paciente para a correção cirúrgica definitiva, sendo a técnica “*shunt de Blalock*” a mais utilizada. No tratamento cirúrgico definitivo, denominado técnica de “*Blalock Taussig*” tem-se o fechamento da comunicação interventricular e alívio da obstrução do trato de saída do ventrículo direito. A abordagem cirúrgica é feita por meio transatrial ou por ventriculotomia, sendo a primeira menos invasiva ao paciente (LACERDA, 2013).

A maioria dos pacientes submetidos à cirurgia corretiva apresentam um prognóstico favorável, entretanto o aparecimento de complicações não é incomum (COSTA, 2016). Além disso, a fisioterapia mostrou-se uma boa aliada para o melhor prognóstico de pacientes pediátricos submetidos à cirurgia cardíaca, pois com técnicas específicas, tais como a hiperinsuflação manual, aspiração, exercícios respiratórios, mobilização, reequilíbrio toracoabdominal, é possível prevenir complicações pulmonares por meio da diminuição da resistência das vias aéreas e aumento da complacência pulmonar (MITTELSTADT, 2018).

4 CONCLUSÕES

Por conseguinte, pode-se perceber a importância de um acompanhamento médico no pré-natal para que hábitos e qualidade de vida da gestante sejam orientados da melhor forma possível para um desenvolvimento fetal saudável, controlando os fatores de risco dessa patologia.

As alterações anatômicas residuais como a insuficiência pulmonar ou insuficiência tricúspide e dilatação do ventrículo direito, assim como o atraso do desenvolvimento ponderal e psicomotor (SERRANO, 2014) faz com que se torne essencial um seguimento contínuo e multidisciplinar destas crianças, por meio de acompanhamento médico, psicológico e assistencial ao paciente e à Família.

REFERÊNCIAS

BARREIRA, Mariana Carregueiro. **Tetralogia de Fallot**: um desafio multidisciplinar. 2017. 26p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/32306>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

COSTA, Bárbara Oliveira; MARRAS, Ana Biazzi; FURLAN, Maria de Fátima Farinha Martins. Evolução clínica de pacientes após correção total de Tetralogia de Fallot em unidade de terapia intensiva cardiológica pediátrica. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 42-46, mar. 2016. ISSN 2318-3691. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/196>>. Acesso em: 25 out. 2020.

LACERDA, Arnnon Araújo et al. Tetralogia de Fallot: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos/Tetralogy of Fallot: clinical, diagnostic and therapeutic aspects. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, v. 1, n. 1, p. 50-7, 2013.

MITTELSTADT, Sthefanie; COSTA, Cassia Cinara; OLIVEIRA; Taina Gomes; HILGER, Taís Cristina; MOUSSALLE, Luciane Dalcanale. O papel da fisioterapia nas cardiopatias congênitas: um enfoque na Tetralogia de Fallot. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, junho 2018. Acessado em 23 de outubro de 2020.

MOORE, Keith; PERSAUD, Trivedi Vidhya Nandan. **Embriologia clínica**. Elsevier Brasil, 2016.

MORAES NETO, Fernando et al. Tratamento cirúrgico da tetralogia de Fallot no primeiro ano de vida. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 143-153, June 2000. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382000000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de outubro de 2020.

PARK, Myung K. **Park Cardiologia Pediátrica**. Elsevier Brasil, 2015.

PFEIFFER, Maria Eulália Thebit. **Arritmias em crianças e adolescentes após reparo cirúrgico da tetralogia de Fallot: correlações clínicas, ecocardiográficas e com exercício**. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Pediatria, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

SADLER, T. W. **Langman Embriologia Médica**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2016.

SERRANO C. **Tratado de Cardiologia Socesp**. Ed Manole, 3a edição, 2014.



TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E AS DIFERENÇAS ENTRE CÉREBRO TÍPICO E ATÍPICO

**NASCIMENTO, Vivianne Amanda do; BOSCHETTI, Vitória Campos;
NASCIMENTO, Katherine Reiss do; ROSS, Giovanna Sanagiotto;
SILVA, Gabriela da; TISSIANI, Taciê Hartmann; VALENTINI, Vanesa; FRIESEN,
Lara Comarella; NOVELLO, Camila Isadora; DALBEM, Juliane Sauter**
URI - Erechim - vivianneamandda@gmail.com - vitoriaboschetti@gmail.com -
katherinereissdonascimento@gmail.com - giovannastr@gmail.com -
gabizdasilva7@gmail.com - nesa.valentini2@gmail.com - lara.friesennn@gmail.com -
milanovello@hotmail.com - julianodalbem@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) afeta aproximadamente 1 em 88 crianças e compromete a aprendizagem de certas habilidades essenciais para o desenvolvimento e vida humana (ZILBOVICIUS; MERESSE; BODDAERT, 2006) (BARBOR, 1989). Trata-se de um transtorno de neurodesenvolvimento com variadas apresentações clínicas sendo considerado um distúrbio de conectividade epigenético, no qual o ambiente tem forte influência sobre o genoma (BARBOR, 1989). A gravidade da apresentação dos casos variam muito, por isso categorizado como transtorno do espectro autista (ZILBOVICIUS; MERESSE; BODDAERT, 2006).

Clinicamente, o TEA é caracterizado por alterações comportamentais como dificuldades na interação social e comunicação, padrões comportamentais repetitivos e estereotipados, além de limitação de interesses. Nesse sentido, correlacionando a neuroimagem à tais manifestações, há evidências de que elas baseiam-se nas alterações neurológicas estruturais presentes no cérebro desses pacientes (ZILBOVICIUS; MERESSE; BODDAERT, 2006).

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma revisão de literatura referente ao Transtorno do Espectro Autista e as diferenças entre o cérebro típico e atípico. Para tal fim, foram consultadas as plataformas PubMed e Scielo na busca de literatura pertinente ao tema; a consulta se restringiu a referências em língua inglesa e portuguesa, publicadas no período de 1989 a 2020. Então, os artigos foram selecionados por meio de palavras-chave que estabeleceram a relação entre o Transtorno do Espectro Autista e o cérebro.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Transtorno do Espectro Autista foi descrito pela primeira vez por Leo Kanner que, na época, nomeou de "incapacidade de relacionar-se", pois observou que os 11 casos estudados por ele apresentavam respostas incomuns ao ambiente, estereotipias motoras, resistência à mudança de rotina (SIQUEIRA *et al.*, 2016), insistência à monotonia, inversão de pronomes e tendência à ecolalia (KLIN, 2006).

Diferente do que ocorre em outros quadros psicopatológicos, o diagnóstico de

Transtorno de Espectro do Autismo (TEA) constitui uma descrição e não uma explicação, visto que as causas são complexas e desconhecidas, assim, as classificações psiquiátricas precisam adotar estratégias taxonômicas estritamente descritivas, baseadas nos sintomas, nos sinais e na evolução destes ao longo do tempo (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

As manifestações do TEA podem variar de acordo com a gravidade da condição autista, por isso da utilização do termo “espectro”, sendo que, dentre os principais sinais e sintomas, estão o atraso na fala, compreensão da linguagem antes da produção, marcha atípica, falta de coordenação e sinais motores anormais (como caminhar na ponta dos pés), autoagressividade, movimentos repetitivos e falta de adaptação a mudanças de rotina (MAGALHÃES *et al.*, 2018).

O TEA não é apenas um acometimento no plano psíquico, mas também neurológico. Estudos de neuroimagem desde os anos 80 buscam identificar as áreas alteradas neste transtorno do desenvolvimento. Há indicações de um maior volume total do cérebro (ZILBOVICIUS, 2006). Achados de imagem realizados em crianças e adultos, demonstram que o volume cerebral é aumentando (supercrecimento precoce) em primeira infância até a idade pré-escolar, seguido por crescimento lento na infância posterior (HAZLETT, 2017). O crescimento do cérebro em crianças que desenvolveram TEA começa a divergir da trajetória típica entre 6 a 12 meses de idade (WOLFF, 2018 Apud HAZLETT 2017).

De grande relevância, revelou-se perda de volume dos sulcos temporais superiores (STS), hipoperfusão no STS e giro temporal superior (ZILBOVICIUS, 2006). O lobo temporal é essencial no processamento de estímulos visuais e auditivos e conecta-se com inúmeras áreas associativas, por isso tal alteração pode explicar déficits perceptivos, cognitivos e emocionais. Ainda, o STS é componente do cérebro social, por isso seu acometimento está ligado a déficits no contato visual, comunicação pobre, dificuldade para inferir o estado emocional de outra pessoa e imitação ausente ou reduzida (ZILBOVICIUS, 2006). Além disso há aumento bilateral do hipocampo, núcleo caudado e amígdala, este último, ocorre no início do transtorno e é associado a maior gravidade dos déficits sociais e comunicativos, por outro lado é relacionado a melhor atenção (SPARKS *et al.*, 2002, MOSCONI *et al.*, 2009, SCHUMAN *et al.*, 2009).

Na estimulação auditiva foi encontrada ativação do córtex associativo posterior direito, enquanto neurotípicos demonstravam ativação do lado esquerdo. O padrão anormal de ativação ao estímulo auditivo pode estar diretamente ligado a resposta comportamental inadequada aos sons e ao prejuízo da linguagem (BODDAERT, 2003; EYLER, 2012). Observou-se ausência de ativação da área seletiva da voz nos indivíduos com TEA, indicando que não há diferenciação entre a voz e outros sons, percepção alterada dos sons (ZILBOVICIUS, 2006).

O giro fusiforme é essencial na percepção facial e nele foi encontrada hipoativação, o que pode justificar o prejuízo na avaliação da expressão facial (HALL, 2003). Estudos post-mortem revelam significativa redução do número de células de Purkinje no cerebelo (RITVO *et al.*, 1986 *apud* MOURA, 2005). Por fim, o líquido cefalorraquidiano é elevado durante a infância em indivíduos que desenvolvem TEA (SHEN, *et al.*, 2013, 2017).

4 CONCLUSÕES

O Transtorno do Espectro Autista configura-se como um problema que afeta o desenvolvimento neural, psíquico e comportamental da criança e a expressão pode variar de acordo com a gravidade da condição autista. Diante do que foi exposto, é imprescindível que o transtorno seja diagnosticado o mais cedo possível, preferencialmente durante a primeira infância, na qual geralmente percebe-se os primeiros sinais dessa condição.

Esse diagnóstico precoce tem como objetivo de alcançar um bom prognóstico no tratamento, visto que esse é o período onde ocorre uma maior neuroplasticidade, capacidade de o cérebro se adaptar a mudanças por meio do sistema nervoso. Sendo assim, os pacientes enfrentam com mais naturalidade os estímulos e mudanças que recebem, permitindo assim que as intervenções sejam mais assertivas e direcionadas para a amplitude clínica do TEA.

REFERÊNCIAS

BARBOR, P R H. Handbook of Paediatrics. **Archives of Disease in Childhood**, [s. l.], v. 64, n. 10, p.1520–1521, 1989. Disponível em:

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. S3-S11, 2006.

Magalhães, M. J. S.; MEIRELES, A. R.; ARAÚJO, B. W. S.; DIAS, F. A.; CALDEIRA, I. D.; FAGUNDES, M. C.; ALMEIDA, M. S. P.; NARCISO, P. V. Alterações neuroanatômicas em pacientes com transtorno de espectro autístico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, p. S1907-S1013, 2018.

KERCHE, L. E.; CAMPAROTO, M. L.; RODRIGUES, F. V. As alterações genéticas e a neurofisiologia do autismo. **Revista Saúde e Biologia**, v. 15, n. 1, p. 40-56, 2020.

SIQUEIRA, C. C.; FERREIRA, E. O.; CAVALHEIRO, F. R.; SILVEIRA, J. A. A.; BITTENCOURT, R. G.; SANTOS, M. F. R. O cérebro autista: a biologia da mente e sua implicação no comprometimento social. **Revista Transformar**, n. 8, p. 221-237, 2016.

ZILBOVICIUS, Mônica; MERESSE, Isabelle; BODDAERT, Nathalie. Autismo: Neuroimagem. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s. l.], v. 28, n. SUPPL. 1, p. 21–28, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000500004>

ABELL F, KRAMS M, ASHBURNER J, PASSINGHAM R, FRISTON K, FRACKOWIAK R, HAPPE F, FRITH C, FRITH U. The neuroanatomy of autism: a voxel-based whole brain analysis of structural scans. **Neuroreport**. 1999;10(8):1647-51.

BODDAERT N, BELIN P, CHABANE N, POLINE JB, BARTHELEMY C, MOUREN-SIMEONI MC, BRUNELLE F, SAMSON Y, ZILBOVICIUS M. Perception of complex sounds: abnormal pattern of cortical activation in autism. **Am J Psychiatry**. 2003;160(11):2057-60.

EYLER LT, PIERCE K, COURCHESNE E. A failure of left temporal cortex to specialize for language is an early emerging and fundamental property of autism. **Brain**. 2012;135:949–960. doi: 10.1093/brain/awr364

HAZLETT HC, GU H, MUNSELL BC, KIM S, STYNER M, WOLFF JJ, PIVEN J. Early brain development in infants at high risk for autism spectrum disorder. **Nature**. 2017;542:348–351. doi: 10.1038/nature21369

SHEN MD, NORDAHL CW, YOUNG GS, WOOTTON-GORGES SL, LEE A, LISTON SE, AMARAL DG. Early brain enlargement and elevated extra-axial fluid in infants who develop autism spectrum disorder. **Brain**. 2013;136:2825–2835.

SPARKS BF, FRIEDMAN SD, SHAW DW, AYLWARD EH, ECHELARD D, ARTRU AA, DAGER SR. Brain structural abnormalities in young children with autism spectrum disorder. **Neurology**. 2002;59:184–192

MOSCONI MW, CODY-HAZLETT H, POE MD, GERIG G, GIMPEL-SMITH R, PIVEN J. Longitudinal study of amygdala volume and joint attention in 2- to 4-year-old children with autism. **Archives of General Psychiatry**. 2009;66:509–516. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.19

HALL GB, SZECHTMAN H, NAHMIAS C. Enhanced salience and emotion recognition in Autism: a PET study. **Am J Psychiatry**. 2003;160(8):1439-41.

WOLFF, J.J., JACOB, S., ELISON, J. The journey to autism: Insights from neuroimaging studies of infants and toddlers. *Dev Psychopathol*. 2018. 30(2): 479-495.

SCHUMANN CM, BARNES CC, LORD C, COURCHESNE E. Amygdala enlargement in toddlers with autism related to severity of social and communication impairments. **Biological Psychiatry**. 2009;66:942–949. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.07.007

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES EM GLÂNDULA MAMÁRIA SIMULANDO NEOPLASIA MALIGNA: RELATO DE CASO

**KAUTZ, Luma Girardi; ZAMPIERI, Victória Cosel; RIGO, Eduardo Fabian;
RIZZATTO, Gabriele; BIESDORF, Anna Laura Carniel; PAIZ, Fábio; JUNIOR,
Henrique Oliani**

URI Erechim - luma.kautz@hotmail.com - vic_amk@hotmail.com - e.frigio@hotmail.com -
rizzattogabriele@gmail.com - annabiesdorf@hotmail.com - paiz@doctor.com -
henrique.oliani@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O Tumor de Células Granulares (TCG), também conhecido como tumor de Abrikossoff, é uma neoplasia incomum que se origina das células de Schwann, sendo geralmente benigno e mais frequente em mulheres na 4ª a 6ª década de vida (PRIEGO J et al., 2007). O TCG costuma manifestar-se clinicamente como nódulos na derme ou subcutâneo, firmes à palpação, com origem em qualquer localização, sendo mais encontrado na língua, tórax e membros superiores, constituindo-se geralmente como um achado incidental no exame físico. Em 5% dos casos, a região mamária pode ser acometida, podendo simular uma neoplasia maligna (MURTA et al., 1998).

Segundo Curra et al (2011), histologicamente o TCG caracteriza-se por proliferação de células poligonais de pequenos núcleos e citoplasma abundante, sendo a presença de acantose ou de hiperplasia pseudoepiteliomatosa um achado histológico significativo, a qual está presente em 50 a 65% dos casos. Assim, quanto à malignidade, esta constitui menos de 2% de todos os tumores granulares e seu diagnóstico é estabelecido quando há indícios de metástase à distância, com os mesmos achados histológicos do que o tumor primário, além de alguns fatores como: tamanho maior que 4 cm, crescimento acelerado, invasão de tecidos adjacentes, recorrências, pleomorfismo celular e índice mitótico elevado (PRIEGO et al., 2007).

O objetivo deste estudo é relatar o caso de uma mulher jovem com TCG em mama esquerda, os procedimentos que a mesma foi submetida para o diagnóstico e tratamento cirúrgico, além da raridade do incidente e diagnóstico diferencial com neoplasia maligna.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho se caracteriza como relato de caso, do tipo descritivo exploratório, e se fundamenta na conduta clínico-cirúrgica de um médico cirurgião oncológico e de um médico radiologista. 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.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A paciente DC, aos 20 (vinte) anos, procurou atendimento médico em janeiro de 2017, com a queixa de aumento progressivo de nódulo na mama esquerda. Nesta ocasião, referiu ter percebido o nódulo há aproximadamente 8 (oito) anos, contudo, nos últimos meses, notou que o crescimento se tornou mais evidente. A paciente negou histórico de tabagismo ou histórico familiar de câncer de mama. Ao exame físico, palpou-se nodulação na união dos quadrantes superiores da mama esquerda, de aproximadamente 1,5 cm, semifixo, irregular, semissólido, indolor, sem sinais flogísticos, sem descarga papilar e sem adenopatias. A mama contralateral não evidenciou nenhum achado.

Nesse sentido, cerca de 5% dos tumores de células granulares se localizam na região da glândula mamária, sendo mais frequentes em mulheres negras. Geralmente, a paciente está na pré-menopausa com idade média de 40 anos e com 19 meses em média de história de evolução da doença (MURTA et al., 1998). No que tange ao tratamento, a excisão local ampla é a mais indicada, sendo curativa na maioria dos casos (PRIEGO J et al., 2007).

Em função dos dados obtidos na anamnese e exame físico e pela idade da paciente, a hipótese diagnóstica havia sido de fibroadenoma. Assim, foi solicitada uma ultrassonografia (US) das mamas, na qual, foi constatada lesão hipoecóica, mal delimitada, de 1,1 cm, entre o quadrante superior da mama esquerda e as partes moles da região infraclavicular esquerda, próxima aos planos da fáscia peitoral maior, indicativos de lesão de natureza indeterminada. Após realização da US mamária, o caso foi discutido com o médico radiologista e devido à alta densidade mamária, para elucidar o diagnóstico, optou-se por realizar uma ressonância nuclear magnética (RNM). Na RNM mamária foi constatada uma lesão infiltrativa, expansiva, de bordos espiculados, com 1,4 cm de diâmetro, na periferia do quadrante súpero-medial da mama esquerda. A lesão apresentava realce intenso e precoce pelo contraste (IMAGEM 1). A margem posterior atingia a superfície do músculo peitoral esquerdo, sem distorção anatômica, além de raros linfonodos intramamários em ambas as mamas com 0,5 cm. Não haviam adenomegalias axilares. A lesão foi considerada altamente suspeita de malignidade, classificada em BI-RADS 5 (Breast Imaging Reporting and Data System). Como a interpretação de BI-RADS 5 sugere alto risco de câncer, a conduta médica, é de realizar biópsia de mama.

A core biopsy guiada por ultrassom, revelou a presença de células com citoplasma granular em meio a esclerose do estroma. Foi recomendado exérese total da lesão para elucidar o diagnóstico. A ressecção total da lesão foi então realizada com margens de segurança, em março de 2017. A mesma foi descrita como espiculada, com 1,3 cm, provável tumor de células granulares, com margens livres nos planos superior, inferior, medial, lateral e profundo na congelação transoperatória. Optou-se por cirurgia conservadora e aguardar o exame anatomopatológico e a imuno-histoquímica. O anátomo convencional revelou tumor de células granulares com todas as margens livres, incluindo a fáscia do músculo peitoral. A imuno-histoquímica revelou que o perfil de anticorpos e clones utilizados foi compatível com tumor de células granulares. O período pós-operatório teve boa evolução.

Sete meses após o procedimento cirúrgico, a paciente realizou ultrassonografia de abdome total e raio-x de tórax (todos normais), para afastar doença de Castleman - um distúrbio linfoproliferativo policlonal, também conhecido como hiperplasia nodular gigante ou hiperplasia angiofolicular linfoide, que pode também se apresentar com formações nodulares e tumores de células granulares

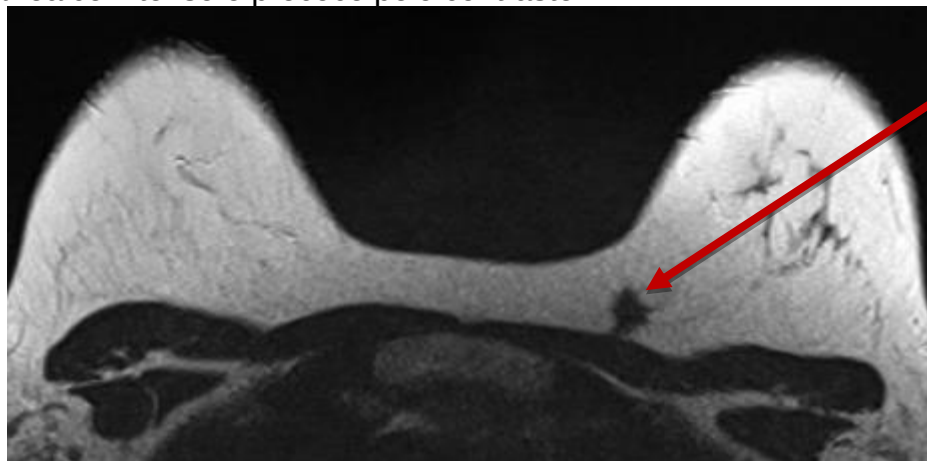
(FORTESKI et al., 2014). Um ano após a cirurgia, foi realizada ressonância magnética de controle com classificação BI-RADS 2, sugerindo mamas normais. Além de pequena área de manipulação cirúrgica em quadrante súpero-medial da mama esquerda. Três anos após a cirurgia a paciente realizou mamografia digital bilateral e ultrassonografia de mamas bilaterais, que indicaram mamas heterogêneas densas, ausência de nódulos ou microcalcificações suspeitas e ausência de adenomegalias. A classificação permaneceu como BI-RADS 2, conforme US mamária anual até a última mamografia realizada, em janeiro de 2020. (IMAGEM 3).

IMAGEM 1 - US de mama esquerda com lesão hipoeecóica, mal delimitada, de 1,1 cm, entre o quadrante superior da mama esquerda e as partes moles da região infraclavicular esquerda, próxima aos planos da fásia peitoral maior, indicativos de lesão de natureza indeterminada.



Fonte: Acervo médico (2017)

IMAGEM 2 - RNM com lesão infiltrativa, expansiva de bordos espiculados com 1,4 cm na periferia do quadrante súpero-medial da mama esquerda, a lesão apresenta realce intenso e precoce pelo contraste.



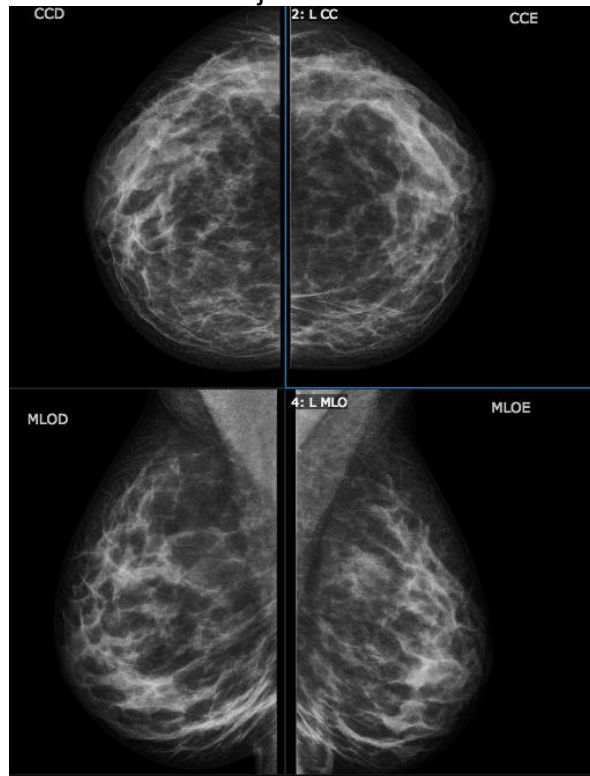
Fonte: Acervo médico (2017)

4 CONCLUSÕES

O Tumor de Células Granulares caracteriza-se como uma neoplasia rara, mais frequente em mulheres negras, e é um importante diagnóstico diferencial tratando-se de nódulos mamários, quando localizados na derme e subcutâneo da região. Com baixos índices de malignidade e crescimento progressivo, pode ser perceptível à palpação e um achado incidental em exames de rotina, sendo necessária a utilização de métodos diagnósticos de maior sensibilidade, como a Ultrassonografia e a Ressonância Magnética. Ao resultado de lesão inespecífica, deve-se realizar investigação por meio de métodos como a *core biopsy* guiada por ultrassom, a fim de estabelecer diagnóstico preciso e específico. O tratamento para o TCG é a remoção cirúrgica total com margens amplas, sendo curativa na grande maioria dos casos.

Ademais, os objetivos deste estudo foram atingidos plenamente, como relatar o caso de um TCG raro, em paciente jovem, feminina, com acometimento da mama esquerda, bem como os métodos de detecção e o raciocínio necessário para estabelecer o diagnóstico diferencial para tal neoplasia. Ainda, é fundamental para o presente trabalho, elucidar a terapêutica indicada nesse caso, o tratamento cirúrgico e a boa evolução do caso e da paciente.

IMAGEM 3 - Mamografia realizada em janeiro de 2020



Fonte: Acervo médico (2020)

REFERÊNCIAS

CURRA, M; MARTINS, M. D; FILHO, M. S; MARTINS, M. A. T; MUNERATO, M. C. Tumor de células granulares: relato de dois casos. **RPG Rev Pós Grad** 2011; 18(4):266-8. Acesso em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rpg/v18n4/a08v18n4.pdf>

FORTESKI, Denise de Fatima et al. Doença de Castleman multicêntrica não associada aos vírus HHV-8 e HIV. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 326-329, Aug. 2014. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042014000400326&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Oct. 2020.

MURTA, E. F. C; SCANDIUZZI, D; PREMOLI, A. C; LEITE, L. S. B; MELO, A. L. K. O; LIMA, M. A. Tumor de células granulares esclerosante de mama simulando fibromatose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.20 no.2 Rio de Janeiro Mar. 1998. Acesso em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031998000200010&lang=pt

PRIEGO J P; RODRÍGUEZ G; LISA C E; CABÑAS M J; PEROMINGO F R; CARDA A P; FRESNEDA V M. Tumor de células granulares. **Rev. Chilena de Cirugía.** Vol 59- Nº 5, Octubre 2007; págs. 379-381. Acesso em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v59n5/art13.pdf>

UMA PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO DA ARQUITETURA

ZIGER, Marciane Fátima; BULA, Natalia Nakadomari

URI Erechim – marcianeziger@hotmail.com.br – nataliabula@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A instituição hospitalar cresceu e se desenvolveu nestes últimos tempos, conservando, no entanto, uma característica básica em toda a sua evolução, se destacando como o reconhecimento formal, pela comunidade, da necessidade de sua existência. Em contrapartida, o planejamento adequado de um ambiente de saúde, além de conciliar bem-estar aos avanços tecnológicos da medicina, contribui para a harmonização funcional do Estabelecimento Assistencial de Saúde – EAS, premedita problemas provenientes do pós-ocupacional e evita problemas na fase do estudo preliminar e do desenvolvimento do projeto básico (ARAUJO; DANTAS, 2013).

Para Ciaco (2010), o hospital vai muito além destas definições, pois é designado a oferecer aos pacientes todas as condições necessárias para a sua enfermidade, do tratamento à recuperação e respectivamente à cura. Ressalta ainda, que o EAS é o espaço arquitetônico que visa muito além do atendimento de questões básicas de saúde, prezando também o conforto ambiental, racionalização das circulações na segurança e humanizando todos os setores hospitalares que englobam o tema.

Sendo assim, a arquitetura é sem sombra de dúvidas um dos elementos mais importantes que compõem a humanização hospitalar, e o principal aspecto que liga esses fatores é a ambiência, ou seja, a possibilidade de tornar os espaços mais humanos influenciando de maneira benéfica potencializando através de ambientes a cura ou a recuperação dos pacientes. Conforme Bross (2013), cabe ao profissional desenvolver e formular estratégias arquitetônicas na edificação, cujo objetivo principal seja, cuidar da saúde do paciente perante as patologias para que possa estar apto à uma vida integral dentro do potencial possível.

O município de Áurea dispõe de um hospital em um perímetro consideravelmente vantajoso que não se adequa a uma arquitetura funcional, acessível e humanizada, com problemas de dimensionamento, setorização e fluxo, que em muitas ocasiões não atendem adequadamente a realização de procedimentos e atendimento à população. Desta forma, apresenta-se aqui os resultados parciais do TFG (Trabalho Final de Graduação) que tem como objetivo a realização de um anteprojeto arquitetônico para o Hospital Municipal João Paulo II em Áurea/RS.

2 METODOLOGIA

Foi adotada para o trabalho a metodologia da problematização baseada no arco de Maguerez que parte da observação da realidade concreta para encontrar um problema social, seguida do levantamento dos pontos chave, investigação teórica, formulação das hipóteses e aplicação prática à realidade (VILLARDI; CYRINO; BERBEL, 2015).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A requalificação do novo Hospital Municipal João Paulo II, para o município de Áurea, tem como principal objetivo oferecer um atendimento humanizado através de uma edificação funcional e eficaz com o intuito de melhor atender as necessidades da população. De modo que o usuário encontre uma infra-estrutura baseada em fluxos e ambientes harmônicos e de qualidade, que transmitam bem-estar, conforto e tranquilidade nos momentos de maior fragilidade.

Foram realizadas análises de boas práticas na criação de ambientes humanizados e questões específicas do local, como análise do clima, relevo, da edificação existente, tipo e abrangência dos atendimentos realizados, histórico e relação afetiva da população com o Hospital existente. As análises e diagnósticos realizados permitiram avançar para a etapa de síntese, ou geração de hipóteses, que em arquitetura conhece-se como estudos preliminares, compreendendo definições de programa arquitetônico, conceitos e diretrizes, setorização, acessos e fluxos, pré-dimensionamento, materialidade e volumetria.

Dessa forma, foram realizadas análises dos ambientes com base no SOMASUS (Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde), organizados conforme complexidade e necessidade da proposta. Sendo assim, as novas intervenções se enquadram em uma unidade mista, destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, nas diversas especializações com unidade de internação, dispondo de urgência e emergência (BRASIL, s/p).

A proposta do projeto baseia-se na distribuição de setores conforme necessidade e funcionalidade da edificação existente, obtendo um potencial construtivo através das novas intervenções que serão propostas. O propósito é setorizar os ambientes que mais absorvem fluxos nas extremidades, para que sejam dispostos permitindo melhor uso e funcionalidade nos fluxos, e garantir a ambiência dos espaços básicos para que ofereçam elementos e estratégias arquitetônicas em prol da humanização na área da saúde.

A elaboração do estudo da volumetria teve como um dos objetivos, facilitar a execução da nova proposta do hospital, reaproveitando boa parte da estrutura existente, apenas inutilizando a UPA e a capela mortuária. Sendo que, o uso da edificação concebida por capela mortuária, não cumpre com os objetivos e requisitos de ambiência e humanização propostos no projeto, sendo inadequada sua utilização neste local, que posteriormente será realocada em outro terreno de responsabilidade da prefeitura da cidade.

A última etapa, de aplicação prática corresponde ao desenvolvimento do anteprojeto arquitetônico da proposta para o Hospital Municipal de Áurea, que já foi submetido à primeira banca avaliadora e em breve será submetido à avaliação final para finalmente ser apresentado à comunidade

4 CONCLUSÕES

Os ambientes hospitalares por estarem diretamente ligados à saúde dos usuários, requerem conforto e qualidade, garantindo satisfação dos pacientes,

permitindo tranquilidade, bem-estar e confiança, aliados a princípios de ambiência e humanização que estimulem e auxiliem na recuperação, mas sem deixar de lado o conforto e satisfação da equipe médica e funcionários, também responsáveis pela humanização do atendimento. Nesse contexto, a arquitetura entra com um papel fundamental constituindo processos de planejamento de todo o edifício hospitalar através da capacidade de trabalhar as necessidades adequando os ambientes para cada situação.

Desta forma, para que haja melhor aproveitamento dos espaços e consequente melhoria na qualidade da saúde no hospital seguindo os princípios de ambiência e humanização, foram realizadas pesquisas bibliográficas, busca de referências e dos desafios abrangentes na pré-existência que foram levados em consideração na proposta do anteprojeto. As análises feitas nos estudos de casos evidenciam a importância dos ambientes internos na elaboração de um projeto, influenciando diretamente na concepção de que funcionalidade e humanização contribuem para a recuperação do paciente enfermo.

Portanto, buscou-se entender e analisar todos os aspectos que englobam a proposta de uma edificação hospitalar com o objetivo de transformar e requalificar a pré-existência cumprindo as necessidades da população. Sendo que, a busca de ambiência garantirá melhor aproveitamento e consequentemente disponibilizará a funcionalidade, antes inexistente, dos espaços no âmbito dos requisitos de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, E.P.; DANTAS, M.G. Arquitetura hospitalar: a adequação do projeto na fase do estudo preliminar. **Universitas: Arquitetura e Comunicação Social**, v. 10, n. 1, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/arqcom/article/view/1992/>>. Acesso em: 07 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **DATASUS Tipo de estabelecimento**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em: 26 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SOMASUS – Sistema de apoio à elaboração de projetos de investimentos em saúde**. Disponível em: <<https://somasus.saude.gov.br/somasus/redirect!tamanhoTela.action>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

BROSS, J.C. **Compreendendo o edifício de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2013.

CIACO, R.J.A.S. **A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares**. 2010. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Urbanismo e Tecnologia) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2010. Disponível em: <10.11606/D.18.2010.tde-05012011-155939>. Acesso em: 19 de abr. de 2020.

VILLARDI, M.L.; CYRINO, E.G.; BERBEL, N.A.N. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores**

tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 45-52. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 de out. de 2020.

