



IV JORNADA ACADÊMICA
Faculdade de Medicina

ANAIS 2021

O conteúdo dos textos é de responsabilidade exclusiva dos(as) autores(as).
Permitida a reprodução, desde que citada a fonte.

Capa: Assessoria de Marketing, Comunicação e Eventos / URI Erechim

Revisão: Os autores

J82a Jornada Acadêmica Faculdade de Medicina (4: 2021 : Erechim, RS)
Anais [recurso eletrônico] / IV Jornada Acadêmica Faculdade de Medicina; II Interligas MED
URI; II Salão Científico; II Mostra Fotográfica Virtual: Medicina & Arte. – Erechim, RS: 2021.
recurso online.

Modo de acesso: <http://www.uricer.edu.br/edifapes>
Editora EdiFAPES (acesso em: 20 dez. 2021).

ISBN 978-65-88528-23-5

Com anais / II Mostra Fotográfica Virtual: Medicina & Arte – Anais / II Salão Científico -
– Anais I Interligas MED URI.

“ Organização: Prof^a. Dra Miriam Salete Wilk Wisniewski; Prof^a. Dra Elisabete Maria Zanin;
Prof. Dr. Sergio Bigolin.”

1. História - medicina 2. Trabalhos científicos 3. Cirurgias 4. Patologias 5. Médico - paciente
I. Título

Catálogo na fonte: bibliotecária Sandra Milbrath CRB 10/1278



EDIFAPES

Livraria e Editora

Av. 7 de Setembro, 1621
99.709-910 – Erechim-RS

Fone: (54) 3520-9000

www.uricer.edu.br

APRESENTAÇÃO DA ARTE GRÁFICA DO EVENTO

Repousa atento e iluminado, sobre uma obra de arte abstrata, no estilo neo-cubista de Sadí Lando, um olho humano.

A tela e o olho integram-se por meio de uma linha ondulada que sugere movimento suave e rítmico.

Imagens representando habilidades médicas são foco do olhar.

“Médicos que olham para...” é o mote da arte.

O olho humano quer representar mais do que um instrumento óptico, formando imagens pelo fenômeno físico da refração, em que a luz sofre desvios ao mudar de meio.

Aos moldes do Olho de Hórus, o olho representado é símbolo da vida, pois busca o olhar integral do cuidado.

Um olho que tem um idioma próprio e, portanto, fala, além de ver.

Um olho que observa, sorri, protege, produz e contempla arte.

Elisabete Maria Zanin

APRESENTAÇÃO

Sinto-me especialmente honrada em apresentar os Anais da IV Jornada Acadêmica da Faculdade de Medicina da URI Erechim. Como apresentadora, as palavras iniciais estão direcionadas ao evento em si, cujo tema “Médicos que olham para...” nos faz propositadamente dispersar o pensamento e em poucos segundos, ocupá-lo com inúmeras possibilidades, generosamente ampliadas por meio da apresentação da arte gráfica de autoria de Elisabete Maria Zanin.

Na sequência, minhas palavras intencionam retroceder no tempo e elevar o histórico recente da Jornada, a qual teve início em 2018. “Medicina e Suas Interfaces”, tema da 1ª Jornada Acadêmica, entrelaçou a Medicina e a Arte em um evento que contou com a publicação de 24 trabalhos e o lançamento da obra de arte Transmutação Poética, produzida pela artista plástica Terezinha Zanin, uma releitura do desenho de Leonardo Da Vinci “Feto no Útero”. No ano seguinte, “Saúde e Bioética: um diálogo essencial”, contou com 66 trabalhos e a criação de um prato cerâmico singular, texturizado com elementos químicos, em ligações geradoras de vida, representativas do amparo e cuidado humano, produzidos pelo Atelier de Cerâmica Gaby & Girardello. Em 2020, em formato virtual, a 3ª edição consolidou a Medicina & Arte, em que “A dissecação do quadro – A Lição de Anatomia do Dr. Tulp – de Rembrandt” foi proferida como Conferência Magna, tendo-se 43 submissões ao I Salão Científico Online, além do lançamento da I Mostra Fotográfica Virtual Arte & Medicina e do I Interligas MED URI. Por fim, neste ano de 2021, a IV Jornada está sendo realizada em formato híbrido e sedia a 2ª edição da Mostra Fotográfica, do Interligas MED URI e Salão Científico Online. A arte abstrata de Sadi Lando envolve a atual edição.

Nestes Anais você encontrará 88 trabalhos científicos, desenvolvidos por estudantes orientados por professores pesquisadores, cujos temas versam sobre a história da medicina, afecções clínico-terapêuticas, abordagens clínico-cirúrgicas e patologias pouco frequentes. Os trabalhos originam-se em revisões literárias e narrativas, estudos experimentais e relatos de caso, os quais colaboram com a

ciência, com a atualização e com o aperfeiçoamento acadêmico-profissional. Nossos agradecimentos científicos aos dedicados estudantes e seus orientadores!

Convido-os, neste momento, a 'contemplar os escritos' presentes nesta edição e a 'comunicar-se silenciosamente' com os autores dos trabalhos, por meio desse maravilhoso receptor periférico que é o olho humano!

Boa leitura a todos!

Miriam Salete Wilk Wisniewski
Coordenadora Pedagógica do Curso de Medicina

SUMÁRIO

A CREATINA COMO NEUROMODULADORA E NEUROPROTETORA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.....	11
A IMPORTÂNCIA DO USO DE HIPOGLICEMIANTES INIBIDORES DO SGLT2 E ANÁLOGOS DO GLP1 EM PACIENTES DIABÉTICOS NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES.....	14
A MEDICINA NO INÍCIO DO SÉCULO XX EM ERECHIM, RS: O QUE SABEMOS?	18
A RELAÇÃO ENTRE A HIPERFOSFATEMIA SECUNDÁRIA À DOENÇA RENAL CRÔNICA E O AUMENTO DE CALCIFICAÇÕES VASCULAR: CONSIDERAÇÕES INICIAIS	21
ABDOMINOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA.....	25
ABLAÇÃO DA ATIVIDADE SIMPÁTICA RENAL PARA TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE: uma revisão crítica da literatura	28
ACCA SELLOWIANA (O. BERG) BURRET E O EFEITO ANTI-INFLAMATÓRIO: ESTUDO EXPERIMENTAL.....	32
ACNE FULMINANS: UMA REVISÃO DE LITERATURA	36
ACOMETIMENTO RENAL EM PACIENTES INFECTADOS PELA COVID-19.....	39
ADOCIMENTO MENTAL EM IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS.....	42
ALIMENTAÇÃO COMO FERRAMENTA PRIMORDIAL NA PREVENÇÃO E NO PROGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA.....	45
ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES NA ANEMIA FALCIFORME	49

ANEMIA EM PACIENTES INFECTADOS PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA.....	52
ANESTESIA GERAL NO PACIENTE SÉPTICO.....	55
APENDICITE AGUDA: TRATAMENTO CONSERVADOR E APENDICECTOMIA EM ADULTOS.....	58
ASSOCIAÇÃO ENTRE OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	61
ATRASO DE DIAGNÓSTICOS E RASTREIOS GINECOLÓGICO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.....	65
BASES NEURONAIS DA ENCEFALOPATIA TRAUMÁTICA CRÔNICA	69
BYPASS AXILO AXILAR: UM RELATO DE CASO.....	72
CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: USO DA PELE DE TILÁPIA E OUTRAS INOVAÇÕES	75
CIRURGIA BARIÁTRICA BYPASS GÁSTRICO “Y DE ROUX”: uma revisão de literatura	79
COMPARAÇÃO DA PERDA DE PESO ENTRE AS TÉCNICAS DE CIRURGIA BARIÁTRICA SLEEVE GÁSTRICO E BYPASS GÁSTRICO Y DE ROUX: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	82
CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	86
CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO BLW NA INTRODUÇÃO ALIMENTAR.....	90
CONTROLE DA GLICEMIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: uma revisão de literatura	94
COVID-19 E O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: algumas considerações	97

CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA NA VIGÊNCIA DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE	100
CUIDADOS PALIATIVOS: UMA INTERFACE INTERDISCIPLINAR	104
CURSO COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	107
DENERVAÇÃO DA ATIVIDADE SIMPÁTICA RENAL POR CATETER: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA.....	111
DERMATITE ATÓPICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	114
DESAFIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS FRENTE A PANDEMIA DO COVID-19	118
DIETA MEDITERRÂNEA E INCIDÊNCIA DE CÂNCER	121
DISFUNÇÃO ERÉTIL: OS MEANDROS DO TABAGISMO EM SUA OCORRÊNCIA	125
ENDOCARDITE INFECCIOSA COMO COMPLICAÇÃO DA SEPSE NEONATAL..	128
FATORES QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS.....	131
GESTAÇÃO E HIPOTIREOIDISMO: PRINCIPAIS IMPACTOS NA FETAL	134
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UMA TEMÁTICA EM ASCENSÃO	137
HIPERTERMIA MALIGNA	140
IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE O ATENDIMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....	144
IMPACTOS DOS TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS NA FERTILIDADE HUMANA	148
IMPLICAÇÕES DA COVID-19 NA GRAVIDEZ, MANIFESTAÇÕES E DESFECHOS CLÍNICOS	152

IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA MÉDICO-LEGAL NOS CRIMES SEXUAIS.....	156
INCIDÊNCIA DE DERMATOSES NA ATENÇÃO BÁSICA E A FALTA DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	160
LESÃO DE MANGUITO ROTADOR E A REALIZAÇÃO DE REPAROS POR VIDEOARTROSCOPIA	163
LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE IDOSOS – OLHAR PARA O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE	166
MAMOPLASTIA E A EXPERIÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO	169
MANEJO DE DOR CRÔNICA EM PACIENTES COM RISCO ADITIVO EM OPIÓIDES.....	172
O ACOLHIMENTO DOS IMIGRANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA	176
O DIAGNÓSTICO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA: UM GATILHO PARA A DEPRESSÃO?.....	180
O EXERCÍCIO FÍSICO COMO LENTIFICADOR DO PROCESSO SARCOPÊNICO	184
O EXERCÍCIO FÍSICO NA PREVENÇÃO DE AGRAVOS OSTEOMETABÓLICOS EM MULHERES PÓS-MENOPAUSA.....	188
O IMPACTO DA PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-COV-2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	192
O IMPACTO DA REDUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS PRECOSES DE CÂNCER DE MAMA DURANTE A PANDEMIA COVID-19 NO BRASIL.....	195
O SUICÍDIO ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA	198
OS BENEFÍCIOS DA PELE DE OREOCHROMIS NILOTICUS NO TRATAMENTO DE QUEIMADURAS.....	202

OSSIFICAÇÃO HETEROTÓPICA PÓS INFECÇÃO POR SARS-COV2.....	205
PANORAMA DA HANSENÍASE NO BRASIL: análise epidemiológica e revisão bibliográfica	208
PARTO HUMANIZADO: O RENASCER DO PROTAGONISMO FEMININO.....	211
PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS APÓS INFECÇÃO POR COVID-19 EM INDIVÍDUOS DO MUNICÍPIO DE VIADUTOS-RS.....	213
PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS ATUANTES NA UTI COVID-19.....	217
PRINCÍPIOS DO USO DE LASER PARA A CICATRIZAÇÃO DE QUEIMADURAS	221
PROTOCOLO DE MANCHESTER: MÉTODO QUE CONFERE PRIORIDADE PELA GRAVIDADE DE CADA PACIENTE	224
RELAÇÃO ENTRE INFERTILIDADE FEMININA E A DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D: UMA REVISÃO LITERÁRIA	227
RELAÇÃO ENTRE MAUS-TRATOS VIVIDOS NA INFÂNCIA E COMPORTAMENTO SUICIDA NA IDADE ADULTA.....	231
RELAÇÃO ENTRE OS EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS E A COVID-19	235
RELAÇÃO ENTRE OS TRANSTORNOS ALIMENTARES E A SAÚDE MENTAL ...	238
RELATO DE CASO DE ÚLCERA DE MARJOLIN EM FERIDA CRÔNICA	242
SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: REVISÃO DE LITERATURA	246
SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	249
SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL E A CONSCIENTIZAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ	252

SÍNDROME DA TRANSFUÇÃO FETO-FETAL: FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.	255
SÍNDROME DE WOLFRAM E SUAS REPERCUSSÕES.....	258
SÍNDROME STEVENS-JOHNSON E COVID: uma revisão da literatura.....	261
SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA E A INTERFACE BIOQUÍMICA ENCEFÁLICA E COMPORTAMENTAL.....	264
SUORTE DE VIDA: CONSIDERAÇÕES SOBRE SUORTE BÁSICO E AVANÇADO.....	268
TELEMEDICINA NO CONTEXTO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	272
TRANSPLANTE HEPÁTICO DE URGÊNCIA EM TRAUMA HEPÁTICO GRAVE...	275
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COMO DESENCADENADOR DE NEUROPATIAS DEGENERATIVAS: OLHAR SOB A NEUROLOGIA.....	278
TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E PSICOPATIA EM SERIAL KILLERS À LUZ DA PSIQUIATRIA FORENSE	281
TUMOR EXTRAGONADAL DE CÉLULAS GERMINATIVAS PRIMÁRIO NÃO SEMINOMATOSO DO MEDIASTINO	284



A CREATINA COMO NEUROMODULADORA E NEUROPROTETORA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

**DANIEL, Emili Vitória; PEDRINI, Felipe Luís; MAINARDI, Jonas Daniel Walker;
STROHER, Ângelo Luís.**

URI Erechim – emili.daniel22@gmail.com - felipepedrini9@gmail.com -
danieljonasmainardi@gmail.com - angelo.md@bol.com.br

1 INTRODUÇÃO

A creatina modula a bioenergética celular e apresenta efeito antioxidante além de propriedades neuroprotetoras e antidepressivas (CUNHA, 2013). Nesse ínterim, observa-se que essa molécula não possui apenas as utilidades mais conhecidas, como ganho de massa muscular e performance atlética, por exemplo, outrossim, oferece diversos proveitos relacionados à saúde do sistema nervoso central.

Ademais, essa molécula descoberta em 1832 pelo francês Michel Chevreul, foi liberada no Brasil para uso em atletas pela Anvisa somente em 2010, tal fato demonstra que mesmo existindo há considerável tempo, ainda estão presentes muitas dúvidas e desconfiâncias sobre seus benefícios e malefícios.

Portanto, a seguinte discussão tem como objetivo, demonstrar os pontos fortes e as possíveis aplicabilidades que se encontram longe do conhecimento popular, dando enfoque às repercussões no sistema nervoso central, que contribuem para a neuroproteção.

2 METODOLOGIA

A fim de dissertar sobre a creatina como neuromoduladora e neuroprotetora do sistema nervoso central, fora realizada a revisão bibliográfica, por meio da análise de artigos, teses e publicações das plataformas digitais de busca do Google Acadêmico, Scielo e Pubmed. Os artigos utilizados datam dos anos de 2003 a 2017.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A creatina é conhecida como um suplemento utilizado sobretudo para o aumento do desempenho esportivo. A obtenção desse suplemento pode ser feita por consumo exógeno ou síntese endógena. Esta, efetua-se no fígado, pâncreas, rins e em menor potencial no encéfalo, especificamente nos neurônios, astrócitos, oligodendrócitos e micróglia, sendo necessário as enzimas GAMT e AGAT para sua síntese. Essa substância é a fornecedora de energia mais rápida, em comparação com outros substratos energéticos.

As reações entre a creatina, fosfocreatina e a creatina cinase (CK), são extremamente importantes para a homeostase energética celular, atuando com propriedade antioxidante. Devido a uma ligação entre o metabolismo do cérebro e a neuroplasticidade, a creatina auxilia estimulando esses mecanismos, aumentando o suprimento local de ATP e diminuindo as espécies reativas de oxigênio geradas pela mitocôndria (YOON *et al.*, 2016).

Em contrapartida, o estresse oxidativo, a apoptose e a disfunção mitocondrial contribuem significativamente para os processos de neurodegeneração. Estudos apontam que a creatina é benéfica para o processamento de sinapses, devido ao aumento do aporte energético em regiões cerebrais relacionadas com a memória e o aprendizado (RAE *et al.*, 2003). A alta demanda de energia é necessária para a manutenção e o funcionamento dos potenciais de membrana e das bombas de Na⁺ e K⁺ ATPase necessárias para as atividades sinápticas e para a distribuição dos neurotransmissores (NORTLEY *et al.*, 2017).

Além disso, a creatina pode ser sintetizada pelos neurônios, em forma de vesículas, juntamente com os neurotransmissores, no momento da despolarização na fenda sináptica, atuando como neuromoduladora e desencadeando vias de sinalização envolvidas no SNC e em transtornos psiquiátricos (PAZINI, 2017).

Apenas nas últimas décadas, os estudos de suplementação da creatina conectados com as doenças como o Parkinson, o Alzheimer e a depressão começaram a apresentar resultados terapêuticos, auxiliando, principalmente, nas vias de sinalização de neuroproteção e neuromodulação do SNC. O Alzheimer é caracterizado pela degeneração de neurônios e pelo aparecimento de lesões conhecidas como emaranhados neurofibrilares e placas amilóides. Essa doença tem ligação direta entre os níveis de energia celular mitocondrial e o metabolismo do SNC. Portanto, pode-se dizer que a suplementação com creatina no começo pode prevenir ou atrasar o curso da neurodegeneração relacionada à doença (ANDRES *et al.*, 2007).

A Doença de Parkinson (DP) é caracterizada pela deterioração progressiva dos neurônios dopaminérgicos da substância negra, devido a neurotoxinas que prejudicam o funcionamento mitocondrial. A suplementação com creatina em ratos com DP mostrou exercer efeito tampão contra depleção de ATP e contra o esgotamento de dopamina, protegendo os neurônios dopaminérgicos, resultando em uma nova abordagem terapêutica benéfica na doença em questão (ANDRES *et al.*, 2005).

Alguns modelos de depressão apresentam comprometimento na atividade da CK e no metabolismo energético do encéfalo. Com base nisso, é possível verificar o papel do sistema energético na fisiopatologia da depressão e o benefício da creatina como moduladora desse sistema, criando um mecanismo compensatório em regiões que apresentam déficit no transtorno depressivo, sem efeitos adversos desencadeados e relativamente rápido, em comparação terapias clássicas (PAZINI, 2013).

4 CONCLUSÕES

Por fim, podemos concluir que a creatina possui muitos benefícios além dos populares como ganho de massa muscular e performance atlética. Na Doença de Alzheimer a aplicação da creatina auxilia o processamento de sinapses, devido ao aumento de aporte energético nas regiões cerebrais relacionadas com a memória.

Ademais, na Doença de Parkinson, a creatina possui ligação direta com os níveis de energia celular, função mitocondrial e metabolismo da creatina, portanto, sua suplementação pode prevenir e/ou atrasar o curso da neurodegeneração relacionada à doença.

Levando em consideração as ações da creatina na doença de Parkinson que afeta aproximadamente 1% da população mundial com idade superior a 65 anos, segundo a OMS e sua eficácia na prevenção do Alzheimer, que é o tipo de demência

mais prevalente no mundo, a suplementação é de grande importância para a sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDRES, R. H. *et al.* Effects of creatine treatment on the survival of dopaminergic neurons in cultured fetal ventral mesencephalic tissue. **Revista Neuroscience**, v. 133, n. 3, p. 701-713, 2005.

ANDRES, R. H. *et al.* Functions and effects of creatine in the central nervous system. **Brain Research Bulletin**, v. 76, n. 4, p. 329-343, 2008.

CUNHA, M. P. **Efeito Antidepressivo e Neuroprotetor da Creatina**. Dissertação de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2013.

NORTLEY, R. *et al.* Control of brain energy supply by astrocytes. **Curr Opin Neurobiol**, v. 47, p. 80-85, 2017.

PAZINI, F. L. **Vias de Sinalização Implicadas no Efeito Tipo-Antidepressivo Induzido pela Administração Aguda de Creatina e Cetamina em um Modelo de Depressão**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Bioquímica, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

PAZINI, F. L. **Efeito Protetor da Creatina Sobre a Plasticidade Hipocampal em um Modelo de Depressão**. Tese de Doutorado em Neurociências. Programa de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2017.

RAE, C. *et al.* Oral creatine monohydrate supplementation improves brain performance: a double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. **Proc Biol Sci**, v. 270, n. 1529, p. 2147-2150, 2003.

YOON, S. *et al.* Effects of Creatine Monohydrate Augmentation on Brain Metabolic and Network Outcome Measures in Women With Major Depressive Disorder. **Biol Psychiatry**, v.15, n.80, p.439-447, 2015.



A IMPORTÂNCIA DO USO DE HIPOGLICEMIANTES INIBIDORES DO SGLT2 E ANÁLOGOS DO GLP1 EM PACIENTES DIABÉTICOS NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES

**BARUFFI, Ana Julia; RAMBO, Ediane Maiara; MÁRSICO, Felipe;
BOLL, Jessica Fernanda; RAIMUNDO, Julia dos Reis;
FREITAS, Rubia Finster; RIGO, Naiane Ronsoni; WELKE, Yasmim Gabriela;
ARPINI, Milena Paola; GIOLLO, Alessandra Nodari.**

URI Erechim – anajulia.baruffi@hotmail.com; edi.rambo@hotmail.com; felipemarsico1@gmail.com;
jehboll@gmail.com; juliaraimundo3@gmail.com; rubifreitass@hotmail.com;
naianeronsoni@hotmail.com; yasmimwelke@gmail.com; milenarpini@gmail.com;
alessandragiollo@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1970, cientistas já publicavam estudos relevantes demonstrando a relação entre doenças cardiovasculares e o diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). A partir de então, profissionais da saúde vêm tentando equilibrar níveis glicêmicos, visando melhorar a qualidade de vida e prevenir doenças relacionadas ao DM2. Com o surgimento de novas drogas hipoglicemiantes, como os inibidores do cotransportador de sódio/glicose tipo 2 (*sodium/glucose cotransporter 2*, iSGLT2) e agonistas do receptor peptídeo-1 do tipo glucagon (GLP-1RA, análogos do GLP-1) pesquisas recentes procuram demonstrar a eficácia e os benefícios de tais fármacos.

O presente resumo expandido tem por objetivo fazer uma breve discussão sobre a importância do uso destes na prevenção de complicações cardiovasculares.

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste resumo expandido foi realizada uma revisão bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, a respeito da importância do uso de medicações hipoglicemiantes inibidores do SGLT2 e análogos do GLP1 em pacientes com DM para a prevenção de doenças cardiovasculares. Teve-se como base para a elaboração artigos da plataforma Pubmed compreendidos entre os anos de 2018 a 2021.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença metabólica caracterizada pela incapacidade de produção e/ou resistência à insulina, ocasionando um estado de hiperglicemia crônica. Essa condição é estudada e reconhecida como um fator de risco independente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), sendo frequente a ocorrência de complicações macrovasculares, como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e doença arterial periférica; e

complicações microvasculares, incluindo retinopatia e neuropatia (AGUIAR, *et al.*, 2018).

O elevado risco cardiovascular (rCV) inerente ao paciente diabético é de origem multifatorial, para o qual contribuem os fatores fisiopatológicos relacionados à hiperglicemia, a resistência insulínica, a dislipidemia, a inflamação vascular, o estresse oxidativo, a disfunção endotelial e a hipercoagulabilidade. Além disso, hábitos de vida sedentários, obesidade, tabagismo e condições crônicas como a hipertensão arterial são comuns nessa população e predispõem a um acréscimo no rCV. As DCV representam a principal causa de óbito e de internações hospitalares por DM, justificando-se, assim, a importância de um manejo adequado da patologia, o qual envolve a modificação do estilo de vida, controle glicêmico e uso de fármacos antidiabéticos eficazes (AGUIAR *et al.*, 2018).

Por conseguinte, quando se refere a abordagem terapêutica do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), deve-se buscar fármacos que, além da eficácia no controle da glicemia, ofereçam segurança cardiovascular. Em função disso, ensaios clínicos randomizados, denominados ensaios de desfechos cardiovasculares (*cardiovascular outcomes trials*, CVOTs), começaram a ser realizados, com o intuito de comprovar a segurança cardiovascular das drogas. Esses ensaios analisaram a segurança cardiovascular através de desfechos compostos de eventos cardiovasculares maiores (*major adverse cardiovascular events*, MACE), geralmente consistindo em mortalidade por causa cardiovascular, IAM não fatal, AVE não fatal e internação por insuficiência cardíaca (IC). Foram encontrados, em CVOTs recentes, quatro fármacos que demonstraram reduzir substancialmente os desfechos cardiovasculares adversos maiores, principalmente em pacientes diagnosticados com DCV (concomitantes a DM2). São estes medicamentos: Liraglutida e Semaglutida, ambos pertencentes à classe dos agonistas do GLP-1; e Empagliflozina e Canaglifozina, sendo estes últimos pertencentes à classe dos inibidores do SGLT-2 (AGUIAR *et al.*, 2018).

Os fármacos agonistas do receptor de GLP-1 atuam aumentando o efeito da incretina GLP-1 que é liberada pelo estímulo da alimentação. Este efeito proporciona uma maior secreção de insulina glicose dependente e uma menor secreção de glucagon, levando a um esvaziamento gástrico lentificado e supressão do apetite. Além da ação antiglicemiante, essa classe também oferece benefícios aos pacientes com sobrepeso, hipertensos e dislipidêmicos, com um risco menor de causar hipoglicemia (WU *et al.*, 2019). Em decorrência dessas propriedades, diversos estudos analisados por Bahtiyar (2018) mostraram que os GLP-1 RAs são fármacos cardioprotetores que, apesar de aumentar a frequência cardíaca temporariamente, em geral sem oferecer riscos, reduzem a pressão arterial em algum grau variável. Foi evidenciado que há receptores de GLP-1 no miocárdio e na vasculatura, o que leva ao aumento da viabilidade, melhora do uso energético e da captação de glicose, causa vasodilatação coronariana e reduz citocinas e quimiocinas inflamatórias. Desse modo, esses fármacos podem melhorar a função ventricular esquerda, minimizar a lesão de reperfusão e assim, prevenir infartos de grandes extensões e eventos isquêmicos (BAHTIYAR, *et al.*, 2018).

Em uma metanálise recente de Bethel e colaboradores, foram analisados os resultados de quatro principais CVOTs avaliando a segurança dos agonistas do GLP-1. Quando comparados a placebo, os GLP1 RAs foram associados a uma redução de risco relativa do desfecho composto de MACE de 10% (95% CI 0.82–0.99; $p = 0.03$). Houve também uma redução de 13% no risco relativo de mortalidade cardiovascular (95% CI 0.79–0.96; $p = 0.007$) e de 12% no risco relativo de

mortalidade por todas as causas (95% CI 0.81–0.95; $p = 0.002$) (BAHTIYAR *et al.*, 2018).

O mecanismo de ação dos inibidores do SGLT2, teoricamente, ocorre inibindo tanto a reabsorção de glicose quanto a de sódio no túbulo renal proximal, aumentando a natriurese e a glicosúria, dessa forma, diminuindo a osmolaridade plasmática por excreção urinária e conseqüentemente a pressão arterial sistêmica. Entretanto, um estudo randomizado dirigido com dapaglifozina para testar a excreção urinária de sódio em paciente com DM2 e função renal preservada demonstrou não haver tanta diferença na quantidade de sódio urinário em pacientes com uso da medicação e pacientes sem uso da dapagliflozina. Contudo, o que foi sugerido é de que os SGLT-2 diminuam a pressão arterial sistêmica por uma diminuição do volume intersticial, promovido pela glicosúria, e não exatamente pela diminuição do volume intravascular causada pela natriurese, gerando, desta forma, um efeito cardioprotetor e melhorando a pressão arterial e sobrevida na insuficiência cardíaca (OJHA *et al.*, 2021).

4 CONCLUSÕES

Conclui-se, portanto, que o diabetes corresponde a uma patologia que além de elevar os níveis glicêmicos, está associada à predisposição a complicações cardiovasculares. Devido a este fator, ao fazer o manejo do diabetes, deve-se atentar não somente à redução da glicemia, mas também às questões cardiológicas, visto que os medicamentos devem trazer segurança de modo integral ao paciente. Hoje, tem-se à disposição fármacos que atuam no controle glicêmico e que garantem ação protetora ao miocárdio. Há duas classes principais: fármacos agonistas de GLP-1, que promovem o controle da glicemia, assim como fornecem efeito cardioprotetor na prevenção de infartos e eventos isquêmicos; e os inibidores de SGLT-2, que inibem a reabsorção da glicose e do sódio, além de promover a diminuição da pressão e gerar efeito cardioprotetor, promovendo maior sobrevida ao paciente diabético e reduzindo complicações cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. *et al.* Nova abordagem para o tratamento da diabetes: da glicemia à doença cardiovascular. **Rev Port Cardiol.** 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.03.013>.

BAHTIYAR, G.; PUJALS-KURY, J.; SACERDOTE, A. Cardiovascular Effects of Different GLP-1 Receptor Agonists in Patients with Type 2 Diabetes. **Curr Diab Rep.** v.18, n.10, p.92, aug, 31, 2018.

BETHEL MA, PATEL, R.A.; MERRILL, P. *et al.* Cardiovascular outcomes with glucagon-like peptide-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes. **Lancet Diabetes Endocrinol**, v.6, n.2, p.105-13, 2018.

OJHA, U.; REYES, L.; EYENGA, F.; OUMBE, D.; WATKOWSKA, J.; SAINT-JACQUES, H. Diabetes, Heart Failure and Beyond: Elucidating the Cardioprotective Mechanisms of Sodium Glucose Cotransporter 2 (SGLT2) Inhibitors. **Am J Cardiovasc Drugs**, v.22, n.1, p.35-46, 2021.



WU, L.; GUNTON, J.E. The Changing Landscape of Pharmacotherapy for Diabetes Mellitus: A Review of Cardiovascular Outcomes. **Int J Mol Sci.**, v.20, n.23, p.5853, 2019.

A MEDICINA NO INÍCIO DO SÉCULO XX EM ERECHIM, RS: O QUE SABEMOS?

ROSS, Giovanna Sanagiotto; CARON, Márcia dos Santos; WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk; ZANIN, Elisabete Maria.

URI Erechim – 093150@aluno.uricer.edu.br ; marciacaron@uricer.edu.br;
msalete@uricer.edu.br; emz@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O norte do Rio Grande do Sul – em especial o Alto Uruguai – foi alvo, a partir do final dos últimos anos do século XIX e principalmente no início do século XX, da política de colonização – tanto oficial quanto particular – mediadas pelo Estado. O incentivo à imigração era parte da proposta positivista para implantação de um projeto modernizador, baseado na pequena propriedade colonizada por imigrantes europeus – símbolos da modernização agrícola e também da civilidade.

A imigração iniciou, oficialmente, em fevereiro de 1910 com a chegada de 28 pessoas que constituíram a primeira leva de colonos a ocuparem as terras da região. Carlos Torres Gonçalves, Diretor de Terras e Colonização, fez sua primeira visita em maio de 1910 à colônia e impressionou-se com os trabalhos de organização bastante adiantados. Planejada com rigor por ele, e atendendo aos princípios positivistas, a Colônia Erechim deveria tornar-se modelo de colonização.

Conforme fica demonstrado, devido às especificidades na colonização da região de Erechim, iniciada aos primeiros anos do século XX, os estudos historiográficos realizados costumam abordar, essencialmente, questões atinentes à ocupação territorial, comercialização da terra e seus desdobramentos.

No entanto, percebe-se a carência de uma historiografia que aborde outros aspectos da colonização e da povoação desta região, dentre estes as que se relacionam à possibilidades de articulação entre História da Saúde/Medicina, que proporcionem um entendimento mais amplo do processo de construção social e cultural de Erechim e região.

Ancorada nessa inquietação, originou-se este trabalho, o qual apresenta como problemas de pesquisa: Qual a história da Medicina em Erechim? Quando chegaram e quem foram os primeiros médicos? Como eram os primeiros hospitais?

2 METODOLOGIA

A fim de responder aos questionamentos propostos, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica e introdutória de fontes primárias, levantadas tanto no Acervo do Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font quanto no Acervo Particular Aldo A. de Castro.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É sabido que a fundação da colônia Erechim é exemplo representativo da política de imigração e colonização adotada pelo governo do Rio Grande do Sul, no início do século XX. Considerada modelo de colonização oficial; planejada e

executada pela Inspetoria de Terras, órgão estatal responsável pela condução dos assuntos agrários; dá clara demonstração da preocupação do Estado com o projeto de colonização prevista para a ocupação do território rio-grandense.

Com 46 casas particulares e 5 prédios públicos, a Colônia possuía em 1910 um *challet* para o funcionamento da Comissão de Terras e Colonização, dois barracões para hospedar os imigrantes, uma casa para servir de enfermaria e outra para o depósito de material da Comissão. Estavam em construção mais 21 casas particulares e um barracão para os imigrantes (CHIAPARINI *et al.*, 2012).

Nesta seara, entende-se que o trabalho da Comissão de Terras era complexo, extrapolando a tarefa de demarcar os lotes, organizar plantas territoriais para povoados, estradas e caminhos vicinais. Estendia-se, também em dar apoio financeiro e tecnológico aos colonos nos primeiros anos, distribuir ferramentas agrícolas e sementes.

Destarte, mesmo não sendo atividade primeira, pode-se notar que os Relatórios da Comissão de Terras do ano de 1910 apontam que também ocorriam atendimentos médicos aos imigrantes. Esse Relatório aponta, como primeiro médico e nomeado em 14 de dezembro de 1910, o Dr. Renato Rodrigues Barbosa, funcionário da Comissão de Terras (CTC,1910).

O mesmo documento relata que, anteriormente, esses serviços foram prestados pelos médicos Roberto da Cunha e Silva, Mathias de Campos Velho e Nicolau de Araújo Vergueiro. Enquanto os médicos Dr. Roberto e Dr. Nicolau receberam uma gratificação de 250\$ a 330\$, o Dr. Mathias esteve a passeio pela Colônia e prestou serviços gratuitos aos imigrantes (CTC,1910).

Menegati (2006) afirma que a emancipação de Erechim, em 30 de abril de 1918 e o término da Primeira Guerra Mundial em novembro de 1918 foi motivo para que médicos italianos viessem se estabelecer em sua área urbana e seus distritos.

Segundo Fernandes [2010?] e Menegati (2006) os primeiros médicos que atenderam em Erechim no início do século XX foram Manoel Cipriano D'Ávilla [19--]; Dr. Frederico de Marco, em 1921; Dr. Emilio Eifler, em 1921; Dr. Felisberto Soares Rath, em 1922; Dr. José Slonkzewski, em 1922; Dr. Cândido Villas Boas, em 1922; Dr. Mário Villanova, em 1924; Dr. Antônio Souza, em 1924; Dr. Guido Donatelli, em 1925; Dr. Jaime Varnieri, em 1927; Dr. Augusto Cartegiani, em 1928; Dr. J. Maisonette, em 1930; Dr. João Kleist, em 1930 e Dr. Nino Chinaglia, em 1931.

Ainda, conforme Menegati (2006) os primeiros locais de atendimento médico eram construções em madeira e as condições de higiene eram precárias. Os prédios eram adaptados e não havia água tratada e energia elétrica. Também inexistiam laboratórios, farmácias e enfermeiros.

Na época o transporte dos doentes era feito com muita dificuldade, pois a maioria dos colonos transportavam os doentes em carroças, cavalos e mulas, sendo não raro, o transporte ser feito nas costas de algum familiar ou conhecido. [TASSO,1968?].

O primeiro médico estabelecido foi o Dr. Antônio Souza que clinicava em um velho casarão defronte ao prédio do Pagnocelli, no centro histórico de Erechim.

A movimentação para que hospitais fossem construídos se deu no início dos anos 20 do século XX, pois o número de pessoas que necessitavam de atendimento médico começava a demandar espaços próprios para os atendimentos. Casos mais graves, graças a presença da ferrovia, eram encaminhados a Passo Fundo, centro com mais recursos médicos, onde Dr. Nicolau de Araújo se destacava nos atendimentos (MENEGATI, 2006).

O primeiro hospital de Erechim foi fundado em 1922 com o nome de Hospital Santo Antônio. Instalado em uma casa de madeira, localizada em frente a Viação Férrea, seus fundadores foram Arcangelo Lo Bosco, Dr. Nino Chinaglia e Mario Corradi. (CORRADI, 2021¹). Em uma casa ao lado, de propriedade de Mario Corradi, funcionava a Pharmácia Italiana. As duas instalações foram destruídas por um incêndio em 1930. (CHIAPARINI *et al.*, 2012).

Porém, o velho Erechim teve hospitais instalados por todos os cantos e os relatos numeram em torno de dez espaços hospitalares em diferentes pontos da cidade de Erechim (CHIAPARINI *et al.*, 2012).

4 CONCLUSÕES

Ao ser fundada, em outubro de 1908, a Colônia Erechim, por ser uma colônia planejada, já apresentava um programa para sua organização, o que em muito contribuiu para o progresso econômico da mesma.

É sabido que um fator favorável ao desenvolvimento econômico, e mesmo ao acesso dos imigrantes à região, foi o transporte, facilitado pela ferrovia e também pelas estradas abertas de acordo com os traçados previstos, quando do planejamento da colônia. A pesquisa introdutória e exploratória das fontes primárias consultadas, aponta que este aspecto foi, também importante para os atendimentos na área da saúde.

Conforme apontado no início deste trabalho, mesmo passados 113 anos da fundação da Colônia Erechim, 103 anos da emancipação da cidade de Erechim e da primeira nomeação médica, bem como 99 anos da instalação oficial do primeiro hospital, pouco se pesquisou e produziu, academicamente, sobre as condições de saúde, das instituições de saúde ou mesmo dos profissionais pioneiros da saúde em Erechim e região.

É esta lacuna historiográfica que este trabalho objetivou, de forma introdutória, explorar, a fim de apontar possibilidades de pesquisas futuras nesta área.

REFERÊNCIAS

CHIAPARINI, E. J. e outros. **Erechim - Retratos do Passado Memórias no presente**. Erechim: Graffoluz, 2012.

COMISSÃO DE TERRAS E COLONIZAÇÃO. **Relatório**. Erechim, 2010.

FERNANDES, P.D. **Álbum fotográfico da saúde de Erechim**. Erechim: IJD, [2010?].

MENEGATI, A.J. A saúde em Erechim. **Jornal Brasileiro da Indústria e Comércio – Edição especial**, Erechim, 30 abr. 2006.

TASSO, C. **Meu Erechim cinquentão**. Erechim: A Voz da Serra, [1968?].

¹ Relato oral, informal.

A RELAÇÃO ENTRE A HIPERFOSFATEMIA SECUNDÁRIA À DOENÇA RENAL CRÔNICA E O AUMENTO DE CALCIFICAÇÕES VASCULAR: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

BRUM, Alana Helbich; JACOBINA, Lázaro Pereira.

URI Erechim – alana_hbrum@hotmail.com - lazaropjacobina@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A hiperfosfatemia faz parte de um desequilíbrio hidroeletrólítico consequente da Doença Renal Crônica (DRC) sendo fator de risco para o desenvolvimento da arteriosclerose, além de elevar a morbimortalidade. O aumento do fósforo sérico no paciente em diálise resulta em alguns sintomas característicos, conforme Araújo *et al.* (2015), dentre as diversas patologias associadas a hiperfosfatemia tem-se: as calcificações vasculares, osteodistrofia, hiperparatireoidismo secundário, ptosteomalácia, hipercalcemia.

Nos indivíduos em diálise, a hiperfosfatemia é um dos fatores que precocemente induzem à calcificação (ADRAGÃO, 2011). Portanto, diante de tal consequência, é importante considerar o quanto o diagnóstico e o tratamento precoce do controle do fósforo sérico poderiam evitar tal complicação. Logo, o presente trabalho objetiva: estabelecer relação entre o aumento do fósforo sérico e as calcificações vasculares.

2 METODOLOGIA

A revisão bibliográfica foi feita mediante leitura sistemática ressaltando os pontos abordados pelos autores pertinentes ao assunto em questão. O delineamento se caracteriza como retrospectivo e secundário do tipo revisão de literatura. A base de dados utilizada foi a Scopus (www.scopus.com) e Brazilian Journal of Nephrology (www.bjnephrology.org). Tanto para os artigos como para estudos relevantes escolheu-se os seguintes descritores de busca: hiperfosfatemia, Doença Renal Crônica, arteriosclerose, calcificações vasculares, hiperparatireoidismo secundário. O diálogo entre as teorias, os autores estudados e os resultados da pesquisa permitirão a discussão e formulação de conclusões, que embora provisórias, possam atuar como norteadoras de novos estudos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceitualmente, a Doença Renal Crônica é descrita como a perda das funções dos rins, sejam elas endócrinas ou metabólicas. Inicialmente, o tecido renal remanescente aumenta seu desempenho a fim de suprir suas deficiências e manter o estado fisiológico do organismo. Contudo, conforme a DRC progride, a redução da funcionalidade renal interfere negativamente na homeostase de solutos e eletrólitos que mantêm a fisiologia celular. Em outras palavras, a filtração glomerular é acometida e resulta, dentre outras consequências, em menor capacidade de excretar fósforo e cálcio.

Na DRC, a elevação do fósforo sérico é consequência de três fatores principais: da ingestão excessiva de fósforo, da redução da depuração renal – ou por métodos dialíticos – do fósforo e do estado da remodelação óssea a qual pode ser alta ou baixa. Os mecanismos compensatórios no início da doença ainda são efetivos e capazes de manter o valor sérico de fósforo entre 2,5 – 4,5 mg/dL, porém, à medida que a Taxa de Filtração Glomerular se torna igual ou menor de 25 ml/minuto, torna-se insuficiente para manter o fósforo dentro da normalidade, surgindo a hiperfosfatemia, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hiperfosfatemia em DRC (2010). Infelizmente, mas prevenível, a concentração elevada de fósforo sérico na doença renal crônica está associada à calcificação vascular, aumento do risco de mortalidade e maior taxa de acidentes cardiovasculares.

Em pacientes renais crônicos que estão em tratamento de terapia de substituição renal é perceptível que hiperfosfatemia e hipocalcemia são concomitantes. Esse desequilíbrio ocorre porque um dos efeitos da diálise é a dificuldade da excreção renal com consequente depuração sérica do fósforo e, em contrapartida, o cálcio é eliminado mais do que deveria e a concentração sérica do cálcio resulta em valores abaixo daqueles de referência.

Assim, para suprir a deficiência de cálcio no meio extracelular, o paratormônio (PTH) é sintetizado em larga escala pelas células principais da paratireoide. No hiperparatireoidismo o osso apresenta uma elevada remodelação óssea e libera cálcio e fósforo para a circulação (ADRAGÃO, 2011). Logo, embora o método dialítico tenha resultados positivos no processo de filtração desses elementos, também há algumas complicações advindas dessa terapia, tal qual a excreção em excesso do cálcio, fato que estimula o desenvolvimento compensatório do hiperparatireoidismo secundário.

Dessa forma, o excesso de fósforo sérico é causa direta para o desenvolvimento de hiperparatireoidismo. Todavia, com o passar do tempo, esse mecanismo compensatório acaba por facilitar o desequilíbrio do cálcio o qual passa a ser facilmente transportado para o sangue devido aos estímulos do PTH e dificilmente filtrado pelos rins que estão em falência de função. Conforme Oliveira *et al.* (2013), o equilíbrio fisiológico normal é perturbado pela DRC, favorecendo o início e a progressão da calcificação vascular em paralelo com a diminuição progressiva da função renal.

Logo, por meio de pesquisas, é possível compreender que o aumento do fósforo no meio extracelular desencadeia no organismo humano uma série de eventos: hiperparatireoidismo secundário, hipercalcemia, calcificação vascular, fraqueza óssea. Esses eventos, por sua vez, são importantes e devem ser avaliados, pois elevam a morbimortalidade nesses pacientes hiperfosfatêmicos que estão em diálise. Várias pesquisas relataram que a mortalidade de tais pacientes está estreitamente relacionada a fatores como idade, gênero, albumina, índice de eficiência de diálise (Kt/V), hemoglobina, produto cálcio x fósforo e PTH (AZEVEDO, *et al.*, 2005; AJIRO, *et al.*, 2007; ALMEIDA *et al.*, 2010).

Em se tratando das lesões vasculares, a calcificação da camada média arterial está presente na arteriosclerose e se desenvolve sobretudo em doentes renais crônicos devido ao desequilíbrio hidroeletrólítico e aumento do produto cálcio e fósforo. Esse processo, embora não inclua a presença de placas ateroscleróticas decorrentes de dislipidemia, contribui para o enrijecimento e perda da elasticidade das artérias. As consequências patológicas são graves e incluem: aumento da pressão sistólica e redução da pressão diastólica, ocorrências as quais se

relacionam com o desenvolvimento de insuficiência arterial coronariana (ADRAGÃO *et al.*, 2010).

Nos doentes em diálise, a hiperfosfatemia é um dos fatores indutores de calcificação (ADRAGÃO, 2011). Portanto, diante de tal consequência, é importante considerar o quanto o diagnóstico e o tratamento precoce do controle do fósforo sérico poderiam evitar tal complicação. Sendo assim, é preciso reeducar os profissionais da saúde quanto à fisiopatologia da calcificação arterial uma vez que essa não está unicamente relacionada ao aumento de cálcio sérico, fato que revela a necessidade de novas dietas nutricionais a fim de manter total controle hidroeletrolítico. Tudo isso é necessário diante das inúmeras consequências do descontrole do fósforo sérico o qual, de maneira contínua e ordenada, é capaz de lesar o tecido vascular.

4 CONCLUSÕES

A maioria dos autores estudados são unânimes em afirmar que a calcificação vascular aumenta o risco cardíaco e a morbimortalidade dos pacientes. No entanto, ainda há algumas discussões quanto ao mecanismo dessa complicação. Em outras palavras, enquanto alguns consideram o excesso de cálcio o único fator responsável pela referida lesão, outros, mais recentemente, revelam o importante papel do aumento do fósforo como gatilho para tal desequilíbrio e consequente patologia endotelial.

De acordo com estudos há dificuldade por parte dos profissionais da saúde em manter o nível de fósforo entre os valores de referências nos pacientes em diálise e isso corrobora para o desenvolvimento da hiperfosfatemia nesses indivíduos. Dieta fracionada e uso de quelantes dificilmente são aderidos de maneira correta, ora pela restrição, ora pela quantidade de comprimidos que devem ser tomados após as refeições.

Sendo assim, fazem-se necessários novos estudos a respeito desse tema, pois é a partir da compreensão da fisiopatologia da doença que podem ser estabelecidos novos tratamentos e formas de prevenção cada vez mais efetivos. No entanto, é preciso considerar os estudos e resultados já existentes para que esses, outrora, possam servir como base para apresentar novas conclusões

REFERÊNCIAS

ADRAGÃO, T. Calcificações Vasculares nos Pacientes em Diálise: elo de ligação entre doença óssea e doença vascular. **Sociedade Portuguesa de Nefrologia**, Lisboa, p, 8 -14, 2010.

ADRAGÃO, T. *et al.* Ankle brachial index, mortality and vascular calcifications in hemodialysis patients. **NDT Plus**, v.27, n.1, p.318-25, 2010.

AJIRO, J. *et al.* Mortality predictors after 10 years of dialysis: a prospective study of Japanese hemodialysis patients. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, Washington, v.2, n.4, p.653-660, 2007.

ALMEIDA, F.A. *et al.* Mortalidade global e cardiovascular e fatores de risco de pacientes em hemodiálise. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.94, n.2, p. 201-206, 2010.

ARAÚJO, E. K. R. de *et al.* Consequências da hiperfosfatemia em pacientes renais crônicos em programas de diálise: uma revisão integrativa. **E-ciência**, v.3, n.2, Ceará, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/89-278-2-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/89-278-2-PB%20(4).pdf). Acesso em: 10 out. 2020.

AZEVEDO, D. F. *et al.* Sobrevida e causas de mortalidade em pacientes hemodialíticos. **Revista Médica Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.19, n.2, p.117-122, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 225**, de 10 de maio de 2010. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/assist_farmaceutica/pcdt/hiperfosfatemia_na_IRC/pcdt_hiperfosfatemia_irc_livro_2010.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

OLIVEIRA, R. B. *et al.* Calcificação vascular em doença renal crônica: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, p. 147-161, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35n2a11.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

ABDOMINOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA



KAUTZ, Luma Girardi; BOLL, Jessica Fernanda; BRESSIANI, Paolla Favaro; GREGIO, Natan; ASSONI, Aline Sponchiado.

URI Erechim – luma.kautz@hotmail.com, jehboll@gmail.com, paollabre@gmail.com, natangregio07@outlook.com, aline_sponchiado@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial que atinge um grande número de pessoas no mundo. O tratamento desses pacientes inicia de forma multidisciplinar, mas nem sempre se obtém resultados suficientes de perda de peso, assim com o advento das técnicas de gastroplastia, a patologia, atualmente, consegue ser tratada de forma segura e eficaz. As cirurgias bariátricas geram uma grande perda de peso ao paciente e, com isso, os excessos de pele ficam evidentes. Dessa forma, a maior parte dos pacientes optam pela realização de cirurgias plásticas de contorno corporal para resolver o excesso de pele indesejada. Logo, o estudo tem como objetivo a revisão de literaturas das cirurgias envolvidas e suas técnicas.

2 METODOLOGIA

A fim de discorrer acerca do tema de abdominoplastia e relacioná-lo com a cirurgia bariátrica foi realizada uma revisão literária em busca de artigos sobre os dois procedimentos cirúrgicos, suas indicações e técnicas utilizadas. Para encontrar os artigos, as plataformas do Google Acadêmico e da Scielo foram utilizadas como referência de pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A obesidade é uma doença de etiologia conhecida - alimentação inadequada associada ao sedentarismo - que atinge uma grande parcela da população mundial. O seu tratamento inicial inclui uma dieta balanceada, medicamentos e prática de exercícios físicos regulares. Porém, nem sempre essas ações são suficientes para o tratamento da obesidade, necessitando de uma abordagem cirúrgica (FANDIÑO *et al.*, 2004). Felizmente, com o advento das técnicas de gastroplastia, a obesidade consegue ser tratada de forma segura e eficaz (ROXO *et al.*, 2004).

Considera-se a cirurgia bariátrica como o tratamento mais efetivo para a obesidade de grau III. Entre as vantagens do procedimento, inclui-se a melhora na qualidade de vida do paciente, bem como nos aspectos psicossociais do indivíduo. Para indicação do procedimento cirúrgico é necessária uma análise multidisciplinar com foco no paciente, os profissionais responsáveis – inclui-se médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas – que darão todo o apoio e suporte que forem necessários, tanto no pré-operatório, quanto no pós-operatório e durante a continuidade do tratamento cirúrgico (COSTA *et al.*, 2004). Os pacientes que são candidatos à cirurgia bariátrica são os que possuem IMC superior a 35 kg/m² em associação a comorbidades (HAS, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2,

etc). Contraindica-se o procedimento em pacientes que possuem pneumopatias graves, lesão miocárdica, insuficiência renal e cirrose hepática (FANDIÑO *et al.*, 2004).

Há três principais técnicas para a realização da cirurgia gástrica: a gastroplastia vertical com bandagem, cirurgia restritiva baseada no fechamento estomacal; outra técnica também utilizada é a “Lap Band”, cirurgia restritiva e que consiste na implantação de uma banda regulável na porção alta do estômago; e, por fim, tem-se a terceira técnica, restritiva e disabsortiva, que corresponde a uma derivação gastrojejunal em formato de Y. Este procedimento nada mais é do que uma restrição volumétrica, para que o estômago se adapte a um volume menor de 30 ml (FANDIÑO *et al.*, 2004).

Assim, com o advento das técnicas de gastroplastia e o sucesso do tratamento da obesidade mórbida, observou-se um novo problema: o excesso de pele ocasionado pela perda ponderal, acompanhado de deformidades e dificuldades de aceitação do paciente quanto a sua nova representação corporal (ROXO *et al.*, 2004). Entretanto, segundo Flores *et al.* (2010), as técnicas convencionais de abdominoplastia ainda são, de certa forma, um desafio cirúrgico quando se trata de um resultado satisfatório tanto quanto à aparência final do paciente como em relação a intercorrências sérias. Dessa maneira, cada técnica abrange melhor uma modelagem específica, devido à grande perda ponderal do paciente: a incisão clássica, por exemplo, permite o adequado tratamento do abdome superior e inferior, mas não é efetiva para as laterais, enquanto a abdominoplastia reversa, embora possa melhorar a flacidez epigástrica não é capaz de corrigir adequadamente o excesso de pele do abdome inferior. Conforme Cintra *et al.* (2021), pacientes pós-bariátricos podem apresentar benefícios evidentes com a abdominoplastia circunferencial, a qual é amplamente utilizada em pacientes com grande perda ponderal, excesso dermogorduroso em abdome inferior, lateral e posterior.

A abdominoplastia circunferencial pode ser simples (ACS) ou composta (ACC), sendo a ACS sequência natural da flancoplastia, com a finalidade de melhorar o contorno de toda circunferência do abdome e suspender a região glútea (CINTRA *et al.*, 2021). Já quando o paciente apresenta também acúmulos dermogordurosos no epigástrio e na região supra ou peri-umbilical, está indicada a ACC, a qual inclui excisão vertical fusiforme associada à incisão transversal (CINTRA *et al.*, 2021).

Ademais, a literatura médica busca cada vez mais avaliar a qualidade de vida do paciente pós-bariátrico além da abordagem de sintomas, limitações ou disfunções, mas também a partir da definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), como estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade (JUNIOR, 2006). A partir disso, a abdominoplastia pós-bariátrica permite compreender melhor as fronteiras entre o estético e o reparador, visto seu impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes no conceito ampliado de saúde e a imagem que seu novo corpo passa a representar (ROXO *et al.*, 2004).

4 CONCLUSÕES

Desse modo, é possível concluir que a cirurgia de abdominoplastia, mesmo sendo um procedimento que ainda apresente dificuldades em mostrar um resultado satisfatório, é a principal solução para eliminar o excesso de pele ocasionado pela cirurgia bariátrica em pacientes obesos. Essa cirurgia pode ser aplicada de

diferentes técnicas, cada uma com foco em uma região específica do abdome visando um diferente tipo de modelagem, com o objetivo remover a pele flácida e, assim, garantir um melhor resultado estético e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, promovendo o bem-estar físico e psicológico do paciente.

REFERÊNCIAS

FANDIÑO, J.; BENCHIMOL, A. K.; COUTINHO, W. F.; *et al.* Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 1, p. 47–51, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20476.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

ROXO, C.; PINHEIRO, O.; ALMEIDA, D. Abdominoplastia Multifuncional. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 19, n. 3, p. 64–74, 1AD. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/164/pt-BR/abdominoplastia-multifuncional>. Acesso em: 21 set. 2021.

JÚNIOR, W. C. Análise da qualidade de vida de pacientes submetidos a abdominoplastia circunferencial após tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5158/tde-19032010-130331/en.php>. Acesso em: 23 set. 2021

ROHDEN, M. Contornos da feminilidade: Reflexões sobre as fronteiras entre a estética e a reparação nas cirurgias plásticas das mamas. **Anuário Antropológico**, n. v.45 n.2, p. 209-277, 2020. Disponível em: <https://journals.openedition.org/aa/5882>. Acesso em: 23 set. 2021

COSTA, A. C.; IVO, M. L.; CANTERO, W. B.; *et al.* Artigo Original Obesidade em pacientes candidatas a cirurgia bariátrica. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.1, fev., 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/gmtddzD6dDhFWn6FBhQnL6D/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2021.

FLORES, L. R. P.; JUNIOR, F. C. O.; ZAMPAR, A. G.; MÉLEGA, J. M. Cirurgia pós-bariátrica do tronco superior: abdominoplastia em “Y”. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v. 25, n.3, p.540-6, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbc/a/LN7P86cWBvrw9DZtkD977MP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

ABLAÇÃO DA ATIVIDADE SIMPÁTICA RENAL PARA TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE: uma revisão crítica da literatura



TEDESCO, Gustavo de Moraes; PATZER, Rafael Vinícius; SLAVIERO, Lorenzo Trintinaia; FAHL, Celio Friedhold; CAMERA, Rafael.

URI Erechim - gustavo.m.tedesco@gmail.com - rafa_irai@hotmail.com -
lorenzoslaviero@hotmail.com - celio.fahl@hotmail.com - rafaelcamera@cardiol.br

1 INTRODUÇÃO

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), a hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. A hipertensão arterial resistente, por sua vez, é definida quando a PA permanece acima das metas recomendadas com o uso de três anti-hipertensivos de diferentes classes em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão (BARROSO *et al.*, 2020).

Por isso, vem sendo estudada e testada a técnica de ablação da atividade simpática renal por cateter de ablação com radiofrequência nas artérias renais, com o intuito de diminuir a atividade nervosa do plexo simpático renal (TOLEDO, *et al.*, 2020). Logo, o presente estudo tem como objetivo tratar da ablação da atividade simpática renal como método alternativo no tratamento da Hipertensão Arterial Resistente (HAR).

2 METODOLOGIA

O respectivo trabalho consiste em uma revisão de literatura integrativa, feita a partir da análise e da interpretação de estudos teóricos, quantitativos e qualitativos relacionados ao tema em questão, escritos entre os anos de 2010 a 2021, os quais foram encontrados em plataformas digitais como PubMed, Scielo e Google Acadêmico. Posteriormente, foi feita a síntese e a apresentação dos melhores dados e resultados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo Symplicity HTN-2, multicêntrico e randomizado, analisou, no ano de 2010, pacientes com hipertensão arterial resistente (HAR), sendo o estudo mais abrangente referente ao tema até então. Os 106 participantes foram divididos em dois grupos, um para controle (n = 54) e outro com pacientes que passaram pela denervação simpática renal (n = 52) por meio de ablação via cateter (MURRAY; *et al.*, 2010). Apesar dos resultados animadores após seis meses da intervenção, bem como ausência de complicações graves ao longo do estudo, a prática de ablação da

atividade simpática renal foi considerada ineficaz no ano de 2014, com a publicação de Symplicity HTN-3 (DEEPAK *et al.*, 2014).

Symplicity HTN-3 foi um ensaio controlado e randomizado que analisou e acompanhou ao longo de 6 meses 535 pacientes com HAR. Destes, 364 passaram pelo procedimento de denervação renal, enquanto 171 foram encaminhados para procedimento placebo. Entretanto, divergindo do resultado obtido por Symplicity HTN-2, o estudo de 2014 observou que, apesar da não ocorrência de efeitos colaterais imprevistos, não houve significativo efeito na redução da pressão arterial sistólica no grupo que recebeu o procedimento de ablação via cateter. Assim, conclui-se a ineficácia da terapêutica (DEEPAK *et al.*, 2014).

Entretanto, após sua publicação, ao ser analisado de forma crítica, Symplicity HTN-3 tem seus resultados contestados. Observou-se que, em 74% dos pacientes, a aplicação de energia não havia atingido a circunferência total de uma artéria renal, sendo que, em conformidade protocolar, a aplicação deve ocorrer de maneira bilateral. Ainda, a energia de ablação foi direcionada para as porções proximais das artérias renais, sendo o terço distal mais inervado que seus segmentos prévios. Assim, o autor da análise, que também participou do desenvolvimento de Symplicity HTN-2, defende que a ineficácia da ablação em Symplicity HTN-3 ocorreu por conta de falhas na execução do estudo (MURRAY; GUO, 2017).

O Departamento de Hipertensão Arterial (DHA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), considerando os resultados obtidos em estudos recentes randomizados e controlados, incluindo Symplicity HTN-3, considera a DSR alternativa viável apenas para pacientes com Hipertensão Arterial Resistente não controlada (HAR-NC) concomitante ao tratamento farmacológico com a devida adesão terapêutica (TOLEDO, *et al.*, 2020). Todavia, a Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH) aponta a denervação renal com dispositivo endovascular como técnica segura e eficaz na redução da PA ambulatorial e de consultório, tanto em pacientes com ou sem uso prévio de tratamento farmacológico anti-hipertensivo. A ESH salienta, ainda, a redução na incidência de eventos cardiovasculares ao reduzir a PA do consultório através da DSR. Entretanto, a implementação da terapêutica requer a realização adequada do procedimento, bem como o respeito à decisão e autonomia do paciente no momento da escolha do tratamento (SCHMIEDER, *et al.*, 2021).

Ainda, o estudo SPYRAL HTN-OFF MED (n=38 no grupo de intervenção; n=42 no grupo de controle) buscou conhecer os resultados da denervação simpática renal em pacientes que não fizessem uso de medicamentos anti-hipertensivos. O estudo indicou que a terapêutica foi eficaz em pacientes com hipertensão de leve a moderada durante um acompanhamento de 3 meses (TOWNSEND *et al.*, 2017). Ademais, no estudo randomizado SPYRAL HTN-ON MED, em que os pacientes também foram alocados aleatoriamente em grupos de placebo (n=42) ou denervação renal por cateter (n=38), observou-se redução na PA após seis meses, entretanto, houve a necessidade de manutenção do uso de anti-hipertensivos orais (KANDZARI *et al.*, 2018).

4 CONCLUSÕES

A ablação da atividade simpática renal abre novos campos para o estudo e tratamento da Hipertensão Arterial Resistente. Apesar de estudos randomizados já realizados, como Symplicity HTN-2, exporem resultados promissores para a consolidação da prática, outros estudos experimentais e clínicos não concluem sua

eficácia, motivando posicionamento cauteloso da SBC sobre o tema. Por outro lado, com o posicionamento recente da ESH, a técnica de DSR tende a ganhar mais espaço dentro da comunidade médica nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

- BARROSO, W. K. S; *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Brazilian Guidelines of Hypertension.**, v.16, n.3, p.516-528, 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 24 out. 2021
- DEEPAK. L. *et al.* A Controlled Trial Of Renal Denervation for Resistant Hypertension. **The New England Journal of Medicine**, n. 370, p.1393-1401, abril, 2014. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1402670>. Acesso em: 24 out 2021.
- ESLER, Murray D. *et al.* Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (The Symplicity HTN-2 Trial): a randomised controlled trial. **The Lancet**, n.376, p.1903-1909, dez., 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610620399?via%3Dihub>. Acesso em: 24 out. 2021.
- KANDZARI, D. E.; BÖHM, M; MAHFOUD, F.; TOWNSEND, R. *et al.* Effect of renal denervation on blood pressure in the presence of antihypertensive drugs: 6-month efficacy and safety results from the SPYRAL HTN-ON MED proof-of-concept randomised trial. **The Lancet.**, v. 391, p. 2.346-2.355, 2018. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(18\)30951-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(18)30951-6). Acesso em: 10 out. 2021.
- MURRAY, E; GUO, L. The future of renal denervation. **Indivited Review**, n. 204, p 131-138, maio, 2017. Disponível em: [https://www.autonomicneuroscience.com/article/S1566-0702\(16\)30125-4/fulltext](https://www.autonomicneuroscience.com/article/S1566-0702(16)30125-4/fulltext). Acesso em: 11 out 2021.
- SCHMIEDER, R; *et al.* European Society of Hypertension position paper on renal denervation – 2021. **National Library of Medicine.**, n. 39, p 1733-1741, set., 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261957>. Acesso em: 24 out. 2021.
- TOLEDO, J. C. Y; *et al.* Brazilian Position Statement on Resistant Hypertension – 2020. **US National Library Of Medicine National Institutes of Health.**, n. 114, p 576-596, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7792719/>. Acesso em: 24 out. 2021.
- TOWNSEND, R. R; MAHFOUD, F; KANDZARI, D. E; KARIO, K; *et al.* Catheter-based renal denervation in patients with uncontrolled hypertension in the absence of antihypertensive medications (SPYRAL HTN-OFF MED): a randomised, sham-controlled, proof-of-concept trial. **The Lancet.**, v.390, p. 2.160-2.170, 11 nov., 2017. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(17\)32281-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(17)32281-X). Acesso em: 10 out. 2021.

CINTRA, W.; MODOLIN M.; ROCHA, R.I.; GEMPERLI, R. Abdominoplastia circunferencial simples e composta: evolução técnica, experiência de 10 anos e análise das complicações. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v.36, n.1, p.21-27, 2021. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/2883/pt-BR/abdominoplastia-circunferencial-simples-e-composta--evolucao-tecnica--experiencia-de-10-anos-e-analise-das-complicacoes>. Acesso em: 12 out. 2021.

ACCA SELLOWIANA (O. BERG) BURRET E O EFEITO ANTI- INFLAMATÓRIO: ESTUDO EXPERIMENTAL

RIZZATTO, Gabriele; ZANIN, Elisabete Maria.

URI Erechim – rizzattogabriele@gmail.com; emz@uricer.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

A inflamação é uma resposta dos tecidos vascularizados a infecções e tecidos lesados. Consiste em recrutar células e moléculas de defesa para os locais onde são necessárias, com a finalidade de eliminar os agentes agressores (KUMAR, 2016).

Os tratamentos convencionais mais utilizados para inflamação são realizados com a classe dos anti-inflamatórios não-esteroides (AINES). Entretanto, seu uso pode provocar diversas reações adversas, como efeitos gastro-irritantes, cardiovasculares e, menos frequentemente, nefrotóxicos. (JHA e outros, 2018). Nesse sentido, o uso de plantas medicinais constitui um tratamento alternativo, com possibilidade de reduzir ou limitar eventos adversos (BRANQUINHO, 2016). Destaca-se, nesse quesito, a *Acca sellowiana* (O.Berg) Burret conhecida popularmente por goiabeira-serrana, planta que possui grande visibilidade por seus aspectos medicinais (MAHMOUDI *et al.*, 2015).

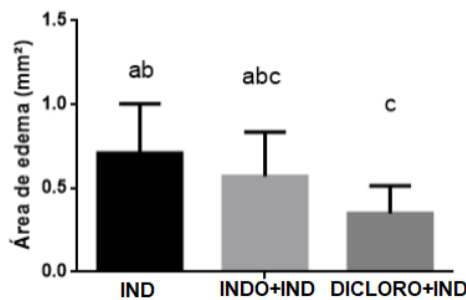
Levando em consideração os efeitos adversos acarretados pelo tratamento comumente utilizado nos processos inflamatórios, bem como a possibilidade de obtenção de fármacos utilizando matéria-prima vegetal e as investigações acerca das propriedades farmacológicas da *A. sellowiana*, o presente trabalho teve como objetivo verificar o efeito anti-inflamatório da fração diclorometano de *A. sellowiana* em camundongos.

2 METODOLOGIA

O Projeto foi aprovado pela CEUA da URI - Campus de Erechim e está cadastrado no SISGen sob o número A103FCA. Foram utilizados 24 camundongos Balb c, machos, com pesos entre 13 e 27 g. A atividade anti-inflamatória foi testada por meio do teste de edema de pata induzido por carragenina segundo Winter, Risley e Nuss (1962), com algumas modificações. O experimento foi realizado utilizando-se dois grupos controle e um grupo experimental (08 camundongos por grupo). O grupo controle negativo (IND) recebeu água destilada via gavagem, na dose de 10 mL/Kg e, 30 minutos depois, induziu-se a inflamação sem tratamento. O grupo controle positivo (INDO+IND) recebeu indometacina via gavagem, na dose de 10 mg/Kg e, 30 minutos depois, induziu-se a inflamação. Por fim, o grupo experimental (DICLORO+IND) recebeu o extrato da fração diclorometano das folhas de *A. sellowiana* na dose de 500 mg/Kg e, 30 minutos depois, induziu-se a inflamação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

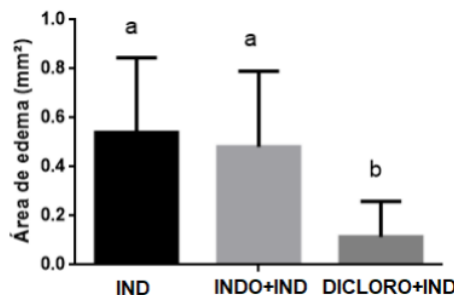
Ao observar os resultados da Área de Edema (AE), expressos na Figura 1, após 2h da administração do agente flogístico, os tratamentos com a indometacina e extrato, (INDO+IND e DICLORO+IND), apresentaram redução significativa em relação ao grupo IND. Figura 1: Área de edema da pata dos animais nos diferentes grupos após 2 horas da indução da inflamação.



Os resultados expressam média \pm DP tendo significância com $p < 0,05$, onde letras diferentes expressam diferença significativa com valor de $p < 0,05$.

No período de seis horas após a indução da inflamação, conforme mostra a Figura 2, os grupos INDO+IND e DICLORO+IND apresentaram redução ainda mais significativa no edema de pata em relação ao grupo IND.

Figura 2: Área de edema da pata dos animais nos diferentes grupos após 6 horas da indução da inflamação.



Os resultados expressam média \pm DP tendo significância com $p < 0,05$, onde letras diferentes expressam diferença significativa com valor de $p < 0,05$.

A Figura 3 apresenta os parâmetros de edema e de células inflamatórias, a nível microscópico, dos grupos ÑIND, IND, INDO+IND e DICLORO+IND.

Figura 3: Análise histopatológica dos cortes histológicos das patas dos camundongos.

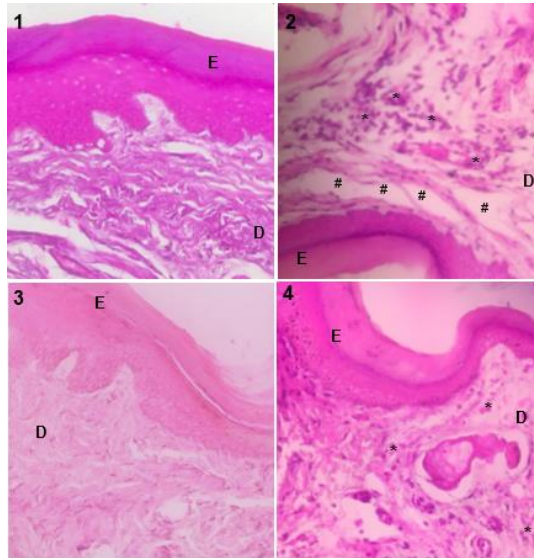


Figura 3 - Fotomicrografia da pata de animais dos grupos: (A) ÑIND, (B) IND, (C) INDO+IND e (D) DICLORO+IND, mostrando a epiderme (E) e a derme (D), em aumento de 400X. O grupo A representa o tecido da pata que não foi induzida e, deste modo, possui toda a arquitetura tecidual preservada. O grupo B representa os animais que receberam somente água destilada e, por isso, apresenta edema (#) e células inflamatórias (*). O grupo C representa os animais que receberam o tratamento com a indometacina e, como esperado, apresenta a arquitetura tecidual preservada e similar ao grupo A. Já o grupo D, que representa os animais que receberam o tratamento com a fração, apresentou pequenos infiltrados de células inflamatórias (*), contudo, não apresentou edema (#), destacando a ação anti-edematosa da fração diclorometano.

O efeito anti-inflamatório do modelo de edema de pata induzido por carragenina é um dos mais utilizados e mais adequados para se estudar a atividade anti-inflamatória de compostos bioativos (SILVA *et al.*, 2015).

Zhu (2018), descreve que a *A. sellowiana* contém uma variedade de componentes bioativos. Tais compostos contribuem para uma gama de efeitos benéficos à saúde, incluindo atividades antioxidante, anti-inflamatória e antimicrobiana. Além disso, relata a presença de atividade anti-inflamatória *in vivo* com extrato tanto bruto quanto fracionado, além de apresentar potencial agonista para receptores que inibem a propagação do estresse oxidativo. Entretanto, ressalva que seu mecanismo de ação no organismo deve ser melhor estudado.

4 CONCLUSÕES

A fração diclorometano de *Acca sellowiana* (O.Berg) Burret na dose de 500mg/kg promoveu atividade anti-inflamatória e anti-edematosa em camundongos Balb c.

REFERÊNCIAS

BRANQUINHO, Lidiane Schultz. **Avaliação da toxicidade e da atividade anti-inflamatória do óleo essencial das folhas de Piper glabratum em camundongos.** 2016. 57f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) –

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, 2016.

JHA, N.; ALEXANDER, E.; KANISH, B.; BADYAL, D.K. Study of Cutaneous Adverse Drug Reactions in a Tertiary Care Center in Punjab. **Indian Dermatology Online Journal**, v. 9, n. 5, p. 299-303, 2018.

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

MAHMOUDI, M.; EBRAHIMZADEH1, M.A.; ABDI, M.; Antidepressant activities of Feijoa sellowiana fruit. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, 2015.

SILVA, R. O. *et al.* Riparin A, a compound from Aniba riparia, attenuate the inflammatory response by modulation of neutrophil migration. **Chemico-Biological Interactions**, v. 229, p. 55-63, 2015.

WINTER, C.A.; RISLEY, E.A.; NUSS. Carregeenin induced edema in the hind paw of the rat as an assay for antiinflammatory drugs. **Proc Soc Exp Biol Med.**, n.111, p.544-7, 1962.

ZHU, F. Chemical and biological properties of feijoa (*Acca sellowiana*). Trends in **Food Science & Technology**, New Zealand, v. 81, n. 2018, p. 121-131, set., 2018.



ACNE FULMINANS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

SPONCHIADO, Victória; COMIN, Gabriela; ZANIN, Júlia; TOLFO, Júlia Soares; ROSSATO, Martina Picolo; PERONDI, Poliana Zago; CADORE, Simone Reghelin; ASSONI, Ariane Sponchiado.

URI ERECHIM - viicsponchiado@gmail.com - gabicomin@hotmail.com. - zaninjulia01@gmail.com - martina-picolo@hotmail.com - polianazperondi@gmail.com - arianeassoni@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A acne fulminans, também conhecida como acne maligna, é uma síndrome de acne hemorrágica e ulcerativa. Possui início súbito envolvendo diversas regiões do corpo e pode estar associada com sintomas sistêmicos. Essa manifestação dermatológica possui o potencial de causar lesões ósseas e anormalidades laboratoriais, mostrando-se resistente aos antibióticos usuais no tratamento de acne.

Este resumo expandido tem o objetivo de pontuar tópicos importantes acerca da acne fulminans, como a sua etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico, com o intuito de expandir conhecimento acerca desse grau agravante de acne.

2 METODOLOGIA

Consiste em uma breve revisão literária integrativa, que busca elucidar os aspectos dermatológicos da Acne Fulminans (AF), integrando as características específicas e gerais, diagnósticos, prognósticos e tratamento de pacientes portadores de tal patologia. O resumo foi realizado com o auxílio da busca de dados em artigos e publicações encontradas nas plataformas digitais como, o Google Acadêmico, PubMed e Scielo. Ademais, foram efetuadas pesquisas no site da SBD (Sociedade Brasileira de Dermatologia), a fim de construir uma explanação concisa e completa, acerca da manifestação sistêmica explosiva desta acne.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pele é o maior órgão do corpo humano, sendo formado por epiderme, derme e hipoderme. Por ser um órgão espesso, em que protege a pele da entrada de substâncias externas ao organismo, é de extrema importância observar possíveis alterações, que, no caso da acne, pode exigir tratamento sistêmico e/ou tópico. A acne se manifesta por meio da produção excessiva de sebo, substância oleosa produzida pelas glândulas sebáceas, que possuem origem na derme, na porção terminal dos folículos pilosos, sendo uma glândula exócrina alveolar e holócrina. Usualmente, as glândulas sebáceas possuem a função de secreção, ou seja, hidratar a pele e impedir a perda de água de maneira excessiva. Porém, na comorbidade acne esse tipo de glândula possui um funcionamento excessivo e, conseqüentemente, gera um processo inflamatório. Geralmente é induzida por hormônios femininos e masculinos, com seu aparecimento na puberdade. (PAWLINA; ROSS, 2021).

Sabe-se que a acne é uma manifestação cutânea que se origina por um processo inflamatório das glândulas sebáceas bem como dos folículos pilosebáceos.

Dessa forma, a inflamação trata-se de uma resposta protetora ao organismo humano, na qual nos possibilita sobreviver, visto que é responsável por impedir consequências fisiopatológicas ao corpo humano. As células de defesa – leucócitos – circulam pela corrente sanguínea, uma vez que, o processo inflamatório as envia aos tecidos lesados para que possam eliminar substâncias nocivas ou microrganismos invasores dessas áreas, que, no caso da acne, é a bactéria *Propionibacterium acnes*.

A inflamação é uma resposta dos tecidos vascularizados a infecções e tecidos lesados. Consiste em recrutar células e moléculas de defesa do hospedeiro da circulação para os locais onde são necessárias, com a finalidade de eliminar os agentes agressores (ABBAS; ASTER; KUMAR, 2016, p. 72)

A acne fulminans é uma manifestação deveras exacerbada, visto que é a etapa mais avançada dos distúrbios da acne. Caracteriza-se pelo aparecimento súbito de nódulos inflamatórios dolorosos que ulceram e se recobrem por crostas hemorrágicas. Concomitantemente, manifestações sistêmicas são notadas, como febre, artralgia, mialgia, astenia, emagrecimento e, eventualmente, eritema nodoso, artrite, miosite e alterações ósseas. Laboratorialmente, pode existir anemia, leucocitose com neutrofilia, aumento da velocidade de hemossedimentação e hematúria microscópica. Acomete, principalmente, adultos jovens do sexo masculino, entre 13 a 22 anos, com histórico de acne vulgar (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Embora a etiologia dessa patologia ainda não seja bem compreendida, por ser uma doença rara, diversas teorias são aplicadas a fim de explicá-la. Ressalta-se associações com a elevação de andrógenos, doenças de caráter autoimune, predisposição genética, além do uso da isotretinoína oral, considerado o principal fator desencadeante da acne fulminans (AZULAY, 2017).

O diagnóstico clínico é norteado pela percepção dos nódulos inflamados presentes na pele do paciente, ademais, por ser uma afecção sistêmica, são realizados exames laboratoriais de contagem completa das células sanguíneas para verificar um possível aumento no número de leucócitos, bem como velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa, os quais possivelmente estarão elevados. Além disso, se faz necessário um teste de função hepática e exames de gonadotrofina corionica humana em pacientes do sexo feminino (ZITO; BADRI, 2021).

A terapêutica da acne deve ser realizada de forma integral, isto é, devem ser utilizados técnicas e medicamentos que atuem nas diversas etapas desse distúrbio. É indicada a utilização de prednisona de 20 a 40mg ao dia administrada juntamente com baixas doses de isotretinoína e, em alguns casos, a associação de antibióticos. Deve ser realizada os cuidados necessários nos locais acometidos pela lesão. Por fim, o prognóstico em pacientes tratados é considerado bom, uma vez que, com o tratamento adequado, os nódulos cicatrizam (ZABA *et al.*, 2010).

4 CONCLUSÕES

Com base nos descritos acima, nota-se que é de suma importância a realização de estudos científicos acerca da acne fulminans fossem realizados, com o intuito de pontuar importantes tópicos que ainda são desconhecidos, como a etiologia e tratamento. O enfrentamento dessa doença é importante, pois, caso não

seja tratado adequadamente, pode levar a um quadro exacerbado, com riscos de morte. Mesmo que seja uma forma muito rara de acne, futuras pesquisas realizadas podem descobrir maneiras de evitar o seu agravamento, com prognósticos mais favoráveis e menos custos para os serviços de saúde em geral.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K; ASTER, J. C; KUMAR, V. **Patologia – Bases patológicas das doenças**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

ALVES, C. A. *et al.* **Disabling acne fulminans**. São Paulo, **An Bras Dermatol**. v.86. n.4, Suppl 1, p.S9-12, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/gKccgy4sBcv8wTBXV8WbFtG/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

AZULAY, R.; **Dermatologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2017.

ZABA R. Acne Fulminans. **Medscape**, fevereiro, 2019. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/1072815-overview>. Acesso em: 18 out 2021.

ZABA R. Acne Fulminans: explosive systemic form of acne. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v.25, p. 501-507, out., 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2010.03855.x>. Acesso em: 18 out 2021.

ZITO, P. M.; BADRI, T. **Acne Fulminans**. Treasure Island (Florida): StatPearls Publishing, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459326/>. Acesso em: 18 out. 2021.

ACOMETIMENTO RENAL EM PACIENTES INFECTADOS PELA COVID-19

ARPINI, Milena Paola; SOUZA, Aline Gomes; RIZZATTO, Gabriele; BOLL, Jessica Fernanda; NEGRÃO, Lethícia Frez; DALL'AGNOL, Paulo Roberto.

URI - Erechim alinegomes4@hotmail.com; rizzattogabriele@gmail.com; jehboll@gmail.com; lethiciacruz098@gmail.com; milenarpini@gmail.com; paulodallagnol@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O advento da Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo SARS-CoV-2 e a disseminação global causada pelo vírus COVID-19, se tornou um dos grandes desafios aos sistemas de saúde em todo o mundo. O aspecto clínico dessa doença é caracterizado tanto por sintomas leves quanto por complicações mais graves como pneumonia e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), demandando tratamentos intensivos. Outras complicações podem incluir desde insuficiência cardíaca, choque, até Lesão Renal Aguda (LRA) (PECLY *et al.*, 2021).

O termo LRA é usado para designar uma ampla variedade de doenças resultantes da diminuição aguda e subaguda da função renal, podendo incluir processos de origem isquêmica, mecânica, infecciosa, imune e tóxica (SUASSUNA *et al.*, 2020). Ademais, existem cada vez mais comprovações de que pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) possuem maior risco de desenvolver formas graves de COVID-19, aumentando, assim, a mortalidade nesse grupo de pacientes (PECLY *et al.*, 2021).

Dessa forma, o presente estudo visa abordar os mecanismos de infecção intracelular do SARS-Cov-2, seus efeitos nas células renais e a incidência de LRA em pacientes infectados por COVID-19 (MOITINHO *et al.*, 2020), bem como fornecer uma revisão de literatura abrangente destacando o impacto do envolvimento renal na evolução do prognóstico e na mortalidade de pacientes infectados pela COVID-19 (PECLY *et al.*, 2021).

2 METODOLOGIA

O desenvolvimento deste resumo expandido se deu através de pesquisas exploratórias na plataforma SciELO, acerca dos acometimentos renais em pacientes pós-covid. O trabalho final conta com uma revisão bibliográfica baseada em artigos relevantes sobre o tema escritos nos anos de 2020 e 2021.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do ponto de vista nefrológico, a Covid-19 tem diversas e importantes implicações (ABREU *et al.*, 2020). O agente causador da COVID-19 tem capacidade de ligação à proteína spike, a qual tem capacidade de ligação à enzima de conversão da angiotensina 2 (ACE2) e que permite o influxo celular, favorecendo a replicação viral neste tecido alvo. (PECLY *et al.*, 2021; ABREU *et al.*, 2020). Um estudo *in vitro* com células epiteliais tubulares proximais renais estabeleceu que o SARS-CoV-2 manifestava infecção persistente e produtiva, que estava parcialmente

correlacionada com a expressão da ACE2. Tais achados indicam a possibilidade de infecção da SARS-CoV-2 em células renais (NUNES; LIMA, 2020), uma vez que a ACE2 está presente em grande quantidade também nos rins (RODRIGUES *et al.*, 2020)

A Lesão Renal Aguda (LRA) tem sido relatada como uma das complicações que ocorrem durante a progressão da COVID-19 tanto em pacientes com doença renal prévia quanto naqueles que não a têm (NUNES E LIMA, 2020). Os fatores de risco para LRA em pacientes com COVID-19 são: sexo masculino, idade, diabetes melitus, hipertensão, obesidade, doença cardiovascular, história de doença renal e síndrome respiratória aguda grave. O quadro clínico é de proteinúria e/ou hematúria glomerular, sendo necessário terapias renais substitutivas. Ainda, a LRA e a proteinúria se mostraram fatores de risco independentes para mortalidade de pacientes com COVID-19 (PECLY *et al.*, 2021).

O acometimento renal é frequente na COVID-19 com mais de 40% dos casos apresentando proteinúria anormal logo na admissão hospitalar. A LRA nos doentes críticos com COVID-19 afeta aproximadamente 20-40% dos pacientes admitidos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de acordo com estudos feitos na Europa e Estados Unidos, demonstrando, assim, ser um fator de prognóstico negativo no curso da doença. Ainda, cerca de 20% dos doentes admitidos em UTI com COVID-19 necessitam realizar terapia de substituição renal após 15 dias desde o início da doença (RONCO *et al.*, 2020).

A patogênese da lesão renal aguda associada à COVID-19 é multifatorial e está associada à hiperinflamação do parênquima renal. A lesão direta do epitélio tubular renal e dos podócitos já foi descrita pela microscopia eletrônica, identificando partículas virais no citoplasma do epitélio tubular proximal e nos podócitos, por meio de uma via dependente do receptor da enzima conversora de angiotensina (ACE2), causando disfunção mitocondrial e necrose tubular aguda (NUNES; LIMA, 2020). Ademais, a ativação dos macrófagos associados à COVID-19, hiperferritinemia, tempestade de citocinas e a ativação de proteínas moleculares associadas a danos podem resultar na liberação de fator de tecido e na ativação de fatores de coagulação, predispondo os depósitos de fibrina nas alças glomerulares renais, levando à predisposição para hipercoagulabilidade, que pode contribuir para a disfunção microcirculatória renal e LRA (NUNES; LIMA, 2020).

O tratamento da LRA em pacientes com COVID-19 ainda é um desafio, visto que muitos fármacos possuem excreção renal. Nesse sentido, processos farmacocinéticos são alterados em pacientes com a função renal comprometida, como a biodisponibilidade, volume de distribuição, biotransformação e excreção, podendo aumentar o risco de reações adversas e toxicidade nesses pacientes (NUNES; LIMA, 2020).

Na falta de tratamentos específicos, a utilização de terapias extracorpóreas em doentes críticos com insuficiência renal pode proporcionar um suporte de vida até a sua recuperação e aumentar a probabilidade de um desfecho favorável. Vale ressaltar que é necessária uma seleção cautelosa dos pacientes uma vez que comorbidades e idade podem interferir nos resultados em doentes críticos com COVID-19 (RONCO *et al.*, 2020). Também, se faz fundamental a estabilização hemodinâmica a fim de evitar congestão circulatória, manter uma oxigenação adequada, realizar ajuste de doses de antibióticos de acordo com a taxa de filtração glomerular e evitar drogas nefrotóxicas. Nos casos de falência renal o tratamento de substituição renal deve ser iniciado precocemente (RONCO *et al.*, 2020).

Ainda são necessárias mais pesquisas para a melhor compreensão da LRA secundária ao COVID-19, a fim de obter mais evidências para o embasamento das abordagens clínicas discutidas e para o desenvolvimento de novas abordagens no tratamento desses pacientes (RONCO *et al.*, 2020).

4 CONCLUSÕES

Visto o exposto, conclui-se que as complicações da COVID-19 incluem diversos órgãos e sistemas, incluindo o acometimento dos rins dos pacientes afetados, independentemente de haver ou não um comprometimento renal prévio. A Lesão Renal Aguda corresponde a uma das implicações nefrológicas mais comumente associadas à infecção pela SARS-CoV-2 e que incorpora a hematuria e a proteinúria como seus principais sinais. Ademais, não se tem conhecimento acerca de um tratamento específico para LRA decorrente da COVID-19. Quando há falência renal, o tratamento dialítico é o método de escolha e deve ser iniciado precocemente.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. P.; RIELLA, M. C.; NASCIMENTO, M. M. The Brazilian Society of Nephrology and the Covid-19 Pandemic. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 42, n. 2 suppl 1, pp. 1-3, 2020.

NUNES, L. L. A.; LIMA, T. M. Use of medicines for covid-19 treatment in patients with loss of kidney function: a narrative review. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 43, n. 2, pp. 254-262, 2021.

PECLY, I. M. D.; AZEVEDO, R. B.; MUXFELDT, E. S.; BOTELHO, B. G.; ALBUQUERQUE, G. G.; DINIZ, P. H. P.; SILVA, R.; RODRIGUES, C. I. S. A review of Covid-19 and acute kidney injury: from pathophysiology to clinical results. **Brazilian Journal of Nephrology**, 2021.

RODRIGUES, C. M. B.; COSTA, N. B.; VIEIRA, V. R.; GABRIEL, E. A. COVID-19: sistema renal e cardíaco. **UL Journal Med**, [s. l.], p. 60-66, 2020.

RONCO, C.; REIS, T.; HUSAIN-SYED, F. Management of acute kidney injury in patients with COVID-19. **The Lancet Respiratory Medicine**, v.8, n.7, p. 738-742, jul., 2020.

SUASSUNA, J. H. R. *et al.* Technical note and clinical instructions for Acute Kidney Injury (AKI) in patients with Covid-19: Brazilian Society of Nephrology and Brazilian Association of Intensive Care Medicine. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 42, n. 2 suppl 1, pp. 22-31, 2020.



ADOCIMENTO MENTAL EM IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

LIMBERGER, Sarah Maioli; BRUM, Alana Helbich; BUENO, Brenda Natasha Dias; CADORE, Simone Reghelin; CUNHA, Maria Luiza Moratelli; FAVERO, Talita Cristina; MELLO, Guilherme Tognon de; SOLEK, Camila Caetano; TEDESCO, Gustavo de Moraes; RONCHETTI, Ramiro.

URI Erechim – 092968@aluno.uricer.edu.br; alana_hbrum@hotmail.com; brendaunderscore@gmail.com; simonecadore1902@gmail.com; marialcunha16@gmail.com; fgatalita.favero@gmail.com; guilherme_demello2012@hotmail.com 097825@aluno.uricer.edu.br ; 091666@aluno.uricer.edu.br; rronchetti@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é caracterizado por implicações sociais, biológicas e psicológicas que influenciam na qualidade de vida do idoso. Destaca-se que diversos aspectos podem interferir no surgimento de transtornos mentais na terceira idade, dentre estes podemos destacar a depressão, a qual acaba por ser um dos transtornos que mais afeta esse grupo populacional (SOUSA COSTA *et al.*, 2021).

Em dezembro de 2019 surgiu a Covid-19, uma doença causada pelo vírus SARS-CoV-2. Essa doença tornou-se, em pouco tempo, uma emergência de saúde pública internacional (DUARTE *et al.*, 2020). O período pandêmico afetou a vida de todos os indivíduos devido a necessidade do isolamento social para evitar a propagação do vírus, a fim de mitigar o aumento do número de casos e mortes. Diante desta realidade, os idosos se tornaram um grupo vulnerável, pois dados apontam que a Covid-19 apresenta maior taxa de mortalidade entre pessoas com 80 anos ou mais, tornando-os assim um grupo de alto risco de desenvolver a doença na sua forma grave e morrer (SANTOS *et al.*, 2021). O isolamento social ocasionado pela Covid-19 trouxe alterações na saúde mental dos idosos, como por exemplo: sentimento de impotência e desesperança, ansiedade, humor deprimido e estresse, propiciando o adoecimento mental dessa parcela da sociedade.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica, a fim de aprofundar os conhecimentos acerca do adoecimento mental em idosos durante a pandemia do novo Coronavírus.

2 METODOLOGIA

Tendo em vista os impactos que o adoecimento mental causado nos idosos durante a pandemia do novo Coronavírus, o método de pesquisa utilizado trata-se de uma revisão de literatura baseada em artigos científicos encontrados nas plataformas digitais de estudo SCIELO, PUBMED e Google Acadêmico. Para a pesquisa, foram utilizadas palavras-chave, (tais como: adoecimento mental, consequências da covid-19, depressão em idosos, pandemia da covid-19, coronavírus) para direcionar a pesquisa dentro dos últimos 10 anos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A solidão pode ser definida como "um sentimento negativo subjetivo associado a uma percepção de falta de uma rede social ou a ausência de um companheiro social desejado específico". Já o isolamento social pode ser determinado como "a escassez de contatos e interações com familiares, amigos ou a comunidade mais ampla" (VALTORTA, 2012). Sabendo que a solidão e o isolamento social podem ser mais comumente vividos na velhice (FAKOYA, 2020), infere-se que a pandemia e as consequências sociais impostas interferem ainda mais no cotidiano dos idosos ao comparar com a população em geral.

Tendo isso em vista, sabe-se que algumas morbidades psicológicas se tornaram mais prevalentes na sociedade, são elas: má qualidade do sono, estresse, sofrimento psicológico, insônia, sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão (KRISSHNAMOORTHY *et al.*, 2020). Nesse viés, analisando a urgência com que a sociedade precisou se adaptar ao novo normal, pessoas menos flexíveis a alterações bruscas, como os idosos, tendem a sofrer mais emocionalmente. Santos *et al.* (2021) cita que os idosos têm maior tendência ao suicídio nesse período devido ao sentimento de desconexão com a realidade e a sociedade em si.

Vale discutir, ainda, as diferentes formas que os idosos podem estar inseridos no ambiente domiciliar. Existem idosos que residem sozinhos, que moram apenas com o cônjuge ou ainda com outros descendentes. Analisando os arranjos familiares supracitados, durante a coabitação com outros indivíduos os idosos podem assumir papel de cuidadores, sendo sobrecarregados a ponto de ser exigido deles energia e disposição, as quais diminuem conforme o avançar da idade (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Ademais, Noone (2020) afirma que as vídeo chamadas podem ajudar os idosos a se manterem conectados durante a crise atual, ampliando o círculo social dos pacientes e aumentando a frequência de contato com conhecidos. No entanto, sabe-se que, historicamente, a população idosa apresenta, em sua maioria, baixa escolaridade e dificuldade de acessar recursos tecnológicos. Essa falta de destreza implica em dificuldade de comunicação, principalmente durante o distanciamento e aumento do sentimento de solidão (SOUSA COSTA *et al.*, 2021).

Além disso, os aspectos que podem contribuir para o adoecimento mental durante a pandemia são agravados pelo fato de que os idosos já são previamente afetados pelo ageísmo. O ageísmo pode ser considerado como o preconceito gerado perante a idade do indivíduo, sendo mais perceptivo e comum quando encontra pessoas de mais idade, o que pode inferir em diversas consequências. Brooke e Jackson (2020) enfatizam que o isolamento prolongado contribui para solidão, diminuição da mobilidade, depressão e aumento da fragilidade.

Tendo em vista o abordado, percebe-se a fragilidade da população idosa frente a situações tão desafiadoras e diferentes do habitual. Por isso, é necessário ter um olhar diferenciado para que as particularidades dessa parcela da sociedade sejam globalmente atendidas. Dessa forma, o sofrimento mental pode ser evitado e mitigado, diminuindo as taxas de depressão e até de suicídio.

4 CONCLUSÕES

Visando a proteção da saúde física dos cidadãos, as medidas de distanciamento social decorreram de uma resposta lógica para a contenção do SARS-CoV-2. Entretanto, os idosos, um dos grupos mais vulneráveis aos efeitos do

vírus, tornaram-se, da mesma forma, vulneráveis ao sofrimento mental causado pela solidão em tempos de pandemia.

Assim, não obstante o risco em contrair o vírus, o próprio distanciamento social passa a ser um fator desencadeador do adoecimento mental nesta população. O acesso a alternativas de contato social, como conversas online, bem como o contexto familiar do idoso, interferem em como o isolamento é sentido, e, ainda, se esse isolamento acarretará no sentimento de solidão.

REFERÊNCIAS

- BROOKE, J.; JACKSON D. Older people and COVID-19: isolation, risk and ageism. **J Clin Nurs**. v. 29. n. 13-14. p. 2044-2046. 2020
- DUARTE, M. Q.; *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3401-3411. 2020
- FAKOYA, O. A; MCCORRY, N.K; DONNELLY, M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. **BMC Public Health**, v. 20. n. 1. p. 1-14. 2020
- JESTE, D. V. Coronavirus, social distancing, and global geriatric mental health crisis: opportunities for promoting wisdom and resilience amid a pandemic. **Int Psychogeriatr**. v. 32. n.10. p.1097-1099. 2020
- KRISHNAMOORTHYA, Y.; NAGARAJANA, R.; SAYAA, G. K.; MENONB, V. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Psychiatry Research**, v. 293, p.113382, 2020.
- NOONE, C. *et al.* Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 5, n.5, p. CD013632, 2020.
- OLIVEIRA, M. C. G. M. *et al.* Elderly individuals in multigenerational households: family composition, satisfaction with life and social involvement. **Estud. psicol.** v. 37 2020.
- SANTOS, R. C. *et al.* A saúde mental dos idosos diante o distanciamento social em tempos de COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.9, p. 87374-87384. 2021.
- SOUSA COSTA, D. E. *et al.* A influência das tecnologias na saúde mental dos idosos em tempos de pandemia: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021.
- VALTORTA, N.; HANRATTY, B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? **Journal of the Royal Society of Medicine**. v. 105. n. 12. p. 518-22. 2012.

ALIMENTAÇÃO COMO FERRAMENTA PRIMORDIAL NA PREVENÇÃO E NO PROGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

**DAL PUPO, Jessica; MACULAN, Giulia França; SARTORI, Cíndia;
SGARBOSSA, Laura Garcia; WILK, Adriana Elisa.**

URI - Erechim - jehdalpupo@gmail.com - francagiulia684@gmail.com - cindiastg@gmail.com -
laura_sgarbossa@hotmail.com - adrianawilk@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O Câncer de Mama é a doença que mais acomete mulheres em todo o mundo. Essa neoplasia é multifatorial, havendo diversos agentes envolvidos no aumento do risco de seu surgimento, sendo dois grandes conjuntos de fatores: o conjunto de fatores de risco não modificáveis como: idade, fatores endócrinos e genéticos (gens BRCA-1 e BRCA2) e o conjunto de fatores de risco modificáveis, onde os fatores ambientais e comportamentais tem grande importância (INCA, 2021). Ressalta-se que neste ponto a questão do sobrepeso e da obesidade que está diretamente ligada aos hábitos alimentares, os quais têm influência determinante no processo de carcinogênese. Entretanto, por mais as evidências científicas a respeito do assunto ainda sejam muito variadas, diversas pesquisas demonstram forte correlação entre a adequação alimentar e a incidência de alguns tipos de câncer, entre eles o de mama, e estabelecem que a dieta nutricional adequada é de fundamental importância para impedir o aparecimento de tal patologia (AQUINO DE BRITO; MAYNARD, 2019).

Por conseguinte, o presente trabalho tem objetivo de chamar a atenção, através de revisão de literatura, sobre a importância e os benefícios das medidas dietéticas saudáveis para a prevenção de câncer de mama e um melhor prognóstico para as pacientes que já possuem o diagnóstico, além de uma melhor qualidade de vida.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa integrou-se em uma revisão da literatura referente aos benefícios da alimentação saudável na prevenção e no prognóstico mais positivo de câncer de mama. Tendo como base publicações científicas nacionais e internacionais na área médica entre os anos de 2007 a 2021, com a finalidade de organizar um resumo expandido para gerar uma discussão clara e objetiva a respeito dos benefícios trazidos pelas medidas dietéticas saudáveis na prevenção do Câncer de mama e no melhor prognóstico às pacientes já diagnosticadas com essa patologia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tratando-se de uma neoplasia associada aos padrões alimentares não saudáveis, achados de estudos de modificação dietética da Women's Health Initiative sugeriram que um padrão alimentar de baixo teor de gordura e a adesão alimentar baseado em frutas, verduras e grãos possuem risco significativamente

menor de morte como resultado do câncer de mama e um risco significativamente reduzido de morte após o câncer de mama (CHLEBOWSKI *et al.*, 2017). Além disso, uma meta-análise de estudos de coorte prospectivos concluiu que uma maior adesão ao Padrão Alimentar Mediterrâneo, baseado no consumo de legumes, cereais, frutas/nozes, vegetais, azeite de oliva extra-virgem, vinho tinto em quantidades moderadas e baixas quantidades de carne vermelha, aves e laticínios reduz em 6% a mortalidade e incidência do câncer (DE CICCIO *et al.*, 2019; ALMEIDA, 2017).

Corroborando com esse raciocínio, estudos de coorte associam consistentemente o sobrepeso, a obesidade e o ganho de peso em adultos ao risco de câncer de mama na pós-menopausa. Mulheres que ganham 20 kg ou mais na idade adulta dobram o risco de câncer de mama. No entanto, a perda de 5 a 10% do peso reduz o risco em 25% a 40% em comparação com mulheres que continuaram a ganhar peso. Nesse contexto, o excesso de peso está principalmente relacionado ao risco de desenvolver câncer de mama ER-positivo e ER-negativo após a menopausa e parece ser um fator entre mulheres com e sem histórico familiar (HARVIE; HOWELL; EVANS, 2015).

Ainda, o artigo que resume as diretrizes atuais de prevenção do câncer e as evidências atuais das ligações entre a dieta e os fatores de estilo de vida e o risco de câncer de mama, evidenciou que embora 75% a 80% dos casos de câncer de mama em coortes ocidentais ocorram após a menopausa, a prevenção bem-sucedida desses casos, e dos 20% a 25% que ocorrem na pré-menopausa, deve começar mais cedo na vida. Isso, porque o risco de câncer de mama pode ser cumulativo na infância, adolescência e, principalmente, no período entre a menarca e a primeira gravidez, antes que as células mamárias se tornem diferenciadas e menos suscetíveis à carcinogênese (CHAJÈS; ROMIEU, 2014).

Ademais, associação entre obesidade e risco de câncer de mama pode ser parcialmente dependente do tipo de tumor, visto que as circunferências da cintura e quadril e a proporção cintura-quadril foram significativamente associadas ao aumento do risco de tumores de mama com receptor de estrogênio negativo (ER-) em mulheres na pré-menopausa no Nurses' Health Study II. Soma-se a isso, o IMC alto ($\geq 35 \text{ kg / m}^2$) foi associado ao aumento do risco de tumores ER- e PR+ entre mulheres afro-americanas na pós-menopausa em comparação com o IMC normal a baixo ($< 25 \text{ kg / m}^2$) (QUINTANA; DÍAZ; CAIRE, 2018). Dessa forma, frente a gama de fatores relacionados aos hábitos de vida que predispõe o câncer de mama as intervenções de prevenção devem focalizar nas formas de evitar o ganho de peso durante os anos pré-menopáusicos, já que há evidências maiores de câncer de mama no período pós menopausa (HARVIE; HOWELL; EVANS, 2015).

Nesse contexto, também é possível ressaltar que a ingestão de produtos naturais da dieta, como soja, frutas cítricas, vegetais crucíferos e cogumelos, é sugerida como inversamente correlacionada com o risco de câncer de mama por estudos epidemiológicos. Inclusive, estudos experimentais indicaram que muitos produtos naturais dietéticos podem ser fontes potenciais para a prevenção e tratamento do câncer de mama, sendo eles: soja, romã, mangostão, frutas cítricas, maçã, uva, manga, vegetais crucíferos, gengibre, alho, cominho preto, macro-fungos comestíveis e cereais. Os mecanismos de ação desses produtos envolvem a inibição da proliferação, migração, metástase e angiogênese de células tumorais, indução de apoptose e parada do ciclo celular e sensibilização de células tumorais para radioterapia e quimioterapia (LI *et al.*, 2017).

Quanto a questão dos pacientes sobreviventes de câncer de mama, um estudo prospectivo, evidenciou que mulheres que consomem um mínimo de 5 porções de vegetais e frutas por dia e realizam atividade física semanal equivalente a 30 minutos de caminhada em um ritmo moderado por 6 dias por semana tiveram uma taxa de sobrevivência de 10 anos maior do que aqueles que não aderiram a essas práticas de estilo de vida (PIERCE *et al.*, 2007).

Partindo desse pressuposto é primordial melhorar a qualidade de vida, pois já se tem observado que alimentação saudável pode ajudar a diminuir o cansaço e aumentar a qualidade do sono. Inclusive, em um estudo pessoas que aderiram a dieta rica em frutas, vegetais, grãos inteiros e ácidos graxos ômega-3 melhoraram a fadiga em 39 % e a qualidade do sono quando comparados com pessoas que faziam outros cuidados. Ainda presando-se pela qualidade de vida, um estudo piloto foi conduzido com sobreviventes do câncer de mama na pós-menopausa, os quais estavam com sobrepeso ou obesas. Levando em consideração as restrições calóricas e a perda de peso, verificou-se que os participantes perderam peso, e que a restrição calórica levou a menores níveis de leptina e uma qualidade de vida melhorou (QUINTANA; DÍAZ; CAIRE, 2018).

4 CONCLUSÃO

O incentivo à adesão a medidas dietéticas está sendo cada vez mais encorajado no sentido de promover e preservar a saúde. Deste modo, o desenvolvimento de hábitos de vida mais saudáveis, pode ser considerado como uma terapia coadjuvante, não somente em pacientes portadoras de Câncer de Mama, mas, também, em pacientes que possuem fatores predisponentes para tal patologia. Nesse contexto, uma dieta nos moldes mediterrâneos interligada a participação da atenção primária em saúde em programas de incentivo aos hábitos alimentares saudáveis reflete diretamente na melhora de parâmetros modificáveis que estão intimamente relacionados à gênese e à progressão desta patologia tão prevalente, como obesidade e sedentarismo. Tal comportamento evidencia a correlação entre esses dois fatores e a necessidade dessa associação no intuito de melhorar a qualidade de vida e reduzir a morbimortalidade dessas pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MARIANA OLIVEIRA, A. Mediterranean and Atlantic Dietary Patterns. **Acta Portuguesa de Nutrição**, v. 11, p. 22–28, 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Tratamento do câncer de mama**. 2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment.html>. Acesso em: 26 de mar. 2017.

AQUINO DE BRITO, D.; MAYNARD, D. D. C. Evaluation of the relationship between nutrition and cancer: A view of the impact on nutritional status and quality of life of cancer patients. **Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria**, v. 39, n. 1, p. 169–175, 2019.

CHAJÈS, V.; ROMIEU, I. Nutrition and breast cancer. **Maturitas**, v. 77, n. 1, p. 7–11, 2014.

CHLEBOWSKI, R. T. *et al.* Low-fat dietary pattern and breast cancer mortality in the Women's Health Initiative randomized controlled trial. **Journal of Clinical Oncology**, v. 35, n. 25, p. 2919-2926, 2017.

DE CICCIO, P. *et al.* Nutrition and breast cancer: A literature review on prevention, treatment and recurrence. **Nutrients**, v. 11, n. 7, p. 1–28, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Tipos de câncer: Câncer de Mama. Brasília, DF: **Instituto Nacional do Câncer**, 2010. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>.

HARVIE, M.; HOWELL, A.; EVANS, D. G. Can Diet and Lifestyle Prevent Breast Cancer: What Is the Evidence? **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, n. 35, p. e66–e73, 2015.

LI, Y. *et al.* Dietary natural products for prevention and treatment of breast cancer. **Nutrients**, v. 9, n. 7, p. 1–38, 2017.

PIERCE, J. P. *et al.* Greater survival after breast cancer in physically active women with high vegetable-fruit intake regardless of obesity. **Journal of Clinical Oncology**, v. 25, n. 17, p. 2345–2351, 2007.

QUINTANA, V. A.; DÍAZ, K.; CAIRE, G. Intervenciones para promover estilos de vida saludables y su efecto en las variables psicológicas en sobrevivientes de cáncer de mama: revisión sistemática. **Nutrición Hospitalaria**, v. 35, n. 4, p. 979–992, 2018.

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES NA ANEMIA FALCIFORME

PIOVESAN, Gabriele Lígia; AMARAL, Diandro; SORDI, Eduarda; SILVEIRA, Laura dos Santos; LODI, Maria Luiza; FAHL, Celio Friedhold; CAMERA, Rafael.

URI - Erechim - gabrieleligiapiovesan@gmail.com - diandro_amaral@hotmail.com - rafaelfcamera@cardiol.br - celio.fahl@hotmail.com - marialuizalodi763@gmail.com - lauras.silveira@yahoo.com.br - eduardasordi7@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A anemia falciforme (AF) é a forma mais comum da doença falciforme (DF), sendo caracterizada por fluxo sanguíneo microvascular pobre com consequente isquemia tecidual e infarto. Além disso, em situações de desoxigenação, há um aumento da viscosidade sanguínea, causando oclusão microvascular e destruição prematura dos glóbulos vermelhos. Para compensar parcialmente a capacidade reduzida de transporte de oxigênio, os pacientes geralmente apresentam um volume plasmático e débito cardíaco elevados, e coração dilatado (VOSKARIDOU *et al.*, 2012; GLADWIN *et al.*, 2017). As crises de AF podem levar à isquemia miocárdica (ONALO, *et al.* 2020) e infarto agudo do miocárdio (IAM) sendo, em muitos casos, subdiagnosticado (PIVATTO JUNIOR, *et al.* 2014). O objetivo deste estudo é avaliar as repercussões e alterações cardiovasculares em pacientes portadores de anemia falciforme.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido constitui-se de uma revisão integrativa da literatura, construído a partir de artigos, livros e publicações que envolvam informações relacionadas às alterações cardiovasculares na anemia falciforme. Nesse sentido, para a busca de artigos, utilizou-se as plataformas digitais Pubmed, Scielo e Google Acadêmico, onde foram selecionados artigos publicados entre 2012 e 2020.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A doença falciforme (DF) é uma anemia hemolítica, crônica e hereditária, cujo principal efeito é a polimerização dos glóbulos vermelhos, tornando-os menos flexíveis e mudando a sua morfologia para o formato de foice. Essas células vermelhas, quando alteradas, podem provocar uma vasocclusão de pequenos vasos em qualquer tecido, por serem mais rígidas. Além disso, os reticulócitos expressam mais fatores de adesão, colaborando para que as células se depositem e se acumulem no endotélio, facilitando essa vasocclusão. Nesse sentido, isso pode trazer como resultado isquemias, que cursam com aumento do débito cardíaco, em tentativa de compensar essa condição isquêmica (VOSKARIDOU *et al.*, 2012).

Ademais, algumas alterações significativas vão acontecer a nível cardíaco, afetando principalmente o ventrículo esquerdo (VE), sendo que estas são dependentes da intensidade da AF. A doença primária causa a dilatação do VE para

manter as atividades fisiológicas adequadas, podendo causar uma disfunção de VE, e, além disso, colabora para o aumento do estresse sistólico da parede. Há estudos que analisam a interferência da anemia falciforme na contratilidade miocárdica, mas ainda há falta de consenso a respeito destes (VOSKARIDOU *et al.*, 2012; GLADWIN *et al.*, 2016).

Outrossim, analisa-se se as disfunções diastólicas e sistólicas estão associadas à doença falciforme. A partir de tal hipótese há estudos de coorte, de evidência científica elevada, que mostram que a disfunção cardíaca sistólica relacionada à DF são relativamente raras, assim, os estudos apresentados informam a ausência de alterações da fração de ejeção do ventrículo esquerdo e encurtamento fracionário. Entretanto, a disfunção diastólica se mostra presente em considerável quantidade de indivíduos com DF, visto que 18% dos adultos têm ambas doenças associadas, sendo que casos graves são mais raros (GLADWIN *et al.* 2016).

O aumento do volume extracelular (ECV) pelo estudo da ressonância magnética cardiovascular (CMR) é um marcador de fibrose miocárdica intersticial e está associado à disfunção diastólica na AF. Para avaliar anormalidades de exercício na AF, 26 crianças e adultos com AF (homozigoto HbSS) foram inscritos e 24 tinham imagens adequadas para avaliar a função do átrio esquerdo (AE) por ecocardiografia. O ECV estava aumentado em todos os pacientes com AF em comparação com nossos valores de controle normais de laboratório ($0,44 \pm 0,08$ vs $0,26 \pm 0,02$, $P < 0,0001$). Doze pacientes apresentaram $ECV > 0,44$ mL. Portanto, aumentando o ECV do ventrículo esquerdo (isto é, aumentando a fibrose intersticial ventricular), a rigidez do AE aumenta e a fração de ejeção atrial e a função do reservatório diminuem. Isso sugere que o aumento da rigidez do AE pode estar associado com menor débito cardíaco ou com aumento da pressão capilar pulmonar e aumento da congestão pulmonar, resultando em diminuição da capacidade de exercício (ALSAEIDI *et al.*, 2020).

Por fim, pacientes com DF podem apresentar infarto com supradesnívelamento do segmento ST e trombo coronariano extenso. A isquemia miocárdica e o infarto devem ser considerados em pacientes com anemia falciforme e dor torácica. Relatos de casos de pacientes que se apresentam com crise torácica aguda demonstraram alterações no Eletrocardiograma (ECG), elevação de biomarcadores cardíacos (troponina) sugestivas de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), defeitos de perfusão miocárdica na medicina nuclear e anormalidades na ressonância magnética cardíaca. Tais achados têm sido atribuídos à oclusão microvascular aguda e crônica, no contexto do dano endotelial crônico, do estado pró-coagulante e da vasculopatia sistêmica. A estratificação de risco desses pacientes deve considerar primariamente a existência de condições médicas associadas, como piora da anemia, hipóxia, cor pulmonale, insuficiência renal, infecção e acidose (PIVATTO JUNIOR *et al.*, 2014).

4 CONCLUSÕES

A anemia falciforme leva à alterações cardiovasculares ao gerar a dilatação do ventrículo esquerdo, compensada pela ação cardíaca, impactando na diástole, além de poder causar a isquemia e o infarto do miocárdio. Portanto, é importante a realização do diagnóstico e tratamento da anemia falciforme, cabendo analisar os impactos dessa no sistema cardiovascular do doente, a fim de buscar terapêutica.

REFERÊNCIAS

ALSAIED, T.; NISS, O.; TRETTER, J.T. *et al.* Left atrial dysfunction in sickle cell anemia is associated with diffuse myocardial fibrosis, increased right ventricular pressure and reduced exercise capacity. **Sci Rep.**, v. 10, p.1767, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58662-8>. Acesso em: 11 out. 2021.

GLADWIN, Mark T. Cardiovascular complications and risk of death in sickle-cell disease. **The Lancet**, [S.L.], v. 387, n. 10037, p. 2565-2574, jun. 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00647-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00647-4).

ONALO, R.; COOPER, P.; CILLIERS, A.; NNEBE-AGUMADU, U. (2020). Cardiovascular changes in children with sickle cell crisis. **Cardiology in the Young**, v.30, n.2, p.162-170. doi:10.1017/S1047951120000037.

PIVATTO, F. *et al.* Infarto com supradesnivelamento do segmento ST e trombo coronariano extenso em paciente com anemia falciforme. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, v. 22, p. 390-393, 2014.

VOSKARIDOU, E.; CHRISTOULAS, D.; TERPOS, E. Sickle-cell disease and the heart: review of the current literature. **British Journal Of Haematology**, [S.L.], v. 157, n. 6, p. 664-673, 25 abr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2141.2012.09143.x>.



ANEMIA EM PACIENTES INFECTADOS PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

**LAZZAROTTO, Gabriel; DA SILVA, Aline Pécora; SOLEK, Camila Caetano;
DA LUZ, Caroline Andreola; VACARIN, Luan; TOMBINI, Maira Hellen;
VALENTINI, Vanesa; RESTELLO, Rozane Maria.**

URI Erechim - lazzarotto.gab@gmail.com - pecoraaline@gmail.com - 097825@aluno.uricer.edu.br -
carol.andreola98@gmail.com - 095733@aluno.uricer.edu.br - mairatombini19@hotmail.com -
097773@aluno.uricer.edu.br - rrozane@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A anemia é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal como resultado, por exemplo, na doença inflamatória onde ocorre bloqueio do ferro no sistema reticuloendotelial, da redução da eritropoese e da menor sobrevivência das hemácias. Essa condição é muito frequente em pacientes infectados pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pode ter sérias implicações, estando associada ao aumento da mortalidade e redução da qualidade de vida. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo apresentar as causas e consequências dessas alterações hematológicas, evidenciando a importância clínica da solicitação de exames e monitoramento do quadro clínico de pacientes com este perfil.

2 METODOLOGIA

Esse trabalho consiste em uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo, sobre a consequência da anemia em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. Para a realização deste trabalho foi realizada uma busca de artigos publicados na base de dados do Google Acadêmico, Scielo e PubMed, em língua portuguesa e inglesa. Foram selecionados artigos publicados no período de 2004 à 2018, sendo utilizados as seguintes palavras-chave: anemia e HIV.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A anemia é a anormalidade hematológica mais comum associada à infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), afetando 60 a 80% dos pacientes em estágio avançado da doença (MEIDANI *et al.*, 2012). Dentre os sintomas típicos, estão: dispneia, fadiga e tolerância reduzida ao exercício - estando diretamente relacionados à redução da concentração de hemoglobina. Além disso, a fisiopatologia da anemia associada ao HIV pode envolver três mecanismos básicos: diminuição da produção de hemácias e produção ineficaz das mesmas, ambas como consequência de problemas na medula óssea, e aumento da destruição de hemácias (FEITOSA *et al.*, 2011).

As pessoas que são infectadas pelo HIV, apresentam um comprometimento do sistema imunológico, e doenças hematológicas estão quase sempre presentes no quadro clínico desses pacientes. O desenvolvimento da anemia pode trazer muitos sintomas e complicações aos pacientes imunodeprimidos, entre os sintomas mais

frequentes estão fadiga, dispneia e menor tolerância a exercícios, o que interfere diretamente na qualidade de vida, que será menor, além disso, o organismo pode ficar menos resistente e isso pode ter como resultado uma progressão da infecção do HIV para AIDS, e conseqüentemente poderá haver um aumento no número de hospitalizações, e também um menor tempo de sobrevivência dos portadores do HIV. (SANTOS *et al.*, 2018)

Nesses pacientes, o principal mecanismo fisiopatológico da anemia é a supressão da medula óssea, sendo esta iniciada por ação do próprio HIV. Para corroborar esse mecanismo há duas hipóteses: (i) pode haver comprometimento na síntese de novas células na medula óssea, o que causaria redução dos eritrócitos; (ii) pode ocorrer a formação de anticorpos antieritrócitos, uma provável consequência da hipergamaglobulinemia que ocorre na infecção pelo vírus HIV. (FEITOSA *et al.*, 2011).

Estudos indicam que alguns fatores que interferem diretamente para o desenvolvimento da anemia nos pacientes portadores do HIV. Entre eles a carga viral encontrada no hospedeiro, isto é, em pessoas em que a replicação do vírus ocorre de forma descontrolada e rápida, há um maior desenvolvimento das anemias. (SANTOS *et al.*, 2018; FEITOSA *et al.*, 2011) Além dos fatores biológicos, pode-se associar outras variáveis, como por exemplo, condições de vulnerabilidade social e econômica, pois, o desenvolvimento da anemia é mais comum em pacientes com HIV que apresentam menor IMC (Índice de Massa Corpórea), e que residem em áreas mais periféricas. Assim, é evidente que as carências econômicas e alimentares influenciam diretamente nessa condição clínica, e, inclusive a anemia por deficiência é a mais prevalente entre os imunodeprimidos mais carentes. (FEITOSA *et al.*, 2011).

Em pacientes HIV positivo é necessário monitorar os níveis de hemoglobina rotineiramente, assim como, indagar o paciente sobre fadigas ou qualquer comprometimento físico. Para o tratamento da anemia é necessário identificar as causas subjacentes tratáveis. Em casos de anemia grave deve se considerar fazer transfusões sanguíneas para alívio dos sintomas agudos. Além disso, pode se fazer uso de Terapia Antirretroviral Altamente Eficaz, a qual por meio de estudos se comprovou eficaz com seis meses de tratamento e com uma melhora ainda maior com o uso prolongado da medicação (VOLBERDING *et al.*, 2004; FANGMAN *et al.*, 2005). Ademais, é possível fazer o uso de alfaepoetina, que se tem comprovação científica de que é eficaz e segura para o tratamento da anemia na infecção pelo HIV, esse tratamento também foi associado com reduções significativas na necessidade de transfusão e melhora na qualidade de vida geral do paciente. (VOLBERDING *et al.*, 2004).

4 CONCLUSÕES

A anemia é uma das principais doenças associadas ao HIV, e sua principal causa está relacionada com a diminuição da produção, bem como destruição das hemácias. Ela também pode ter relação com a condição socioeconômica do paciente, e esses fatores poderão resultar no desenvolvimento de vários sintomas e conseqüentemente numa pior qualidade de vida do paciente. A partir disso, ressaltamos que solicitar exames e monitorar o quadro clínico destes imunodeficientes, assim como realizar os tratamentos adequados e de forma correta, é fundamental para que eles possam ter uma vida mais saudável, além de evitar o agravamento da anemia.

REFERÊNCIAS

FANGMAN, J. J.; SCADDEN, D. T. Anemia in HIV-infected adults: epidemiology, pathogenesis, and clinical management. **Current Hematology Reports**, v. 4, n. 2, p. 95-102, 2005. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/15720957>. Acesso em: 9 out. 2021

FEITOSA, S. Anemia em Pacientes HIV-Positivo Atendidos em um Hospital Universitário de Pernambuco – Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 23, n. 2, p. 69–75, 2011. Disponível em: <http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/303/2018/02/r23-2-2011-5-Anemia-em-Pacientes-HIV-Positivo-Atendidos-em-um-Hospital-Universitario-de-Pernambuco.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021

MEIDANI, M.; REZAEI, F.; MARACY, R. *et al.* Prevalence, severity, and related factors of anemia in HIV/AIDS patients. **Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences**, v. 17, n. 2, p. 138–42, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3525030/>. Acesso em: 9 out. 2021.

SANTOS, T.; COSTA, D.; DA COSTA, K. G.; *et al.* Anemia: uma avaliação em pacientes portadores de HIV/AIDS. **Braspen Journal**, p. 152–157, 2018. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/abr-mai-jun-2018/07-AO-Anemia-uma-avaliacao.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021

VOLBERDING, P. A.; LEVINE, A. M.; DIETERICH, D.; *et al.* Anemia in HIV Infection: Clinical Impact and Evidence-Based Management Strategies. **Clinical Infectious Diseases**, v. 38, n. 10, p. 1454–1463, 2004. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/38/10/1454/347195?login=true>. Acesso em: 9 out. 2021.



ANESTESIA GERAL NO PACIENTE SÉPTICO

VEZZARO, Arthur Rossi; SALA, Vivian Pizzatto; MORESCO, Lucas Gaspareto; CARNEIRO, Kaio Fernando Rêgo; HSU, André Keng Wei; RIGO, André.

URI Erechim - arthur.vezzaro@gmail.com; vivi.pizzatto@gmail.com; lugasmor2301@gmail.com; kaio_fernando_@hotmail.com; andrekeng@hotmail.com; andrerigo@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A sepse é definida como uma síndrome, resultante de uma falha da homeostase, visto a incapacidade do organismo em manter o equilíbrio interno ajustando seus processos fisiológicos, em resposta à infecção (DEUTSCHMAN; TRACEY, 2014). Na sepse, o tempo de início do tratamento pode afetar o desfecho do paciente, já que a escolha inicial inadequada do esquema antimicrobiano pode levar a aumento significativo da taxa de mortalidade. Diante da importância do profissional anestesista na condução de procedimentos de caráter emergencial, o presente estudo trata sobre o manejo anestésico do paciente séptico, sendo analisadas formulações que garantem menor lesão tecidual, proteção hepática e menor dano renal, por exemplo. Ademais, o objetivo principal foi buscar na literatura científica as melhores condições de tratamento para tal condição, a fim de conduzir de forma eficaz o itinerário terapêutico desses pacientes.

2 METODOLOGIA

Analisou-se artigos científicos presentes na plataforma Scielo e estudos do Instituto Latino Americano da Sepse, visando o levantamento de dados e informações sobre a aplicação da anestesia geral em pacientes com sepse. Utilizou-se como critério artigos publicados após o ano de 2009 e, também, protocolos de tratamento estabelecidos por uma instituição segura e voltada para a melhoria da qualidade assistencial ao paciente (ILAS), objetivando a discussão baseada em evidências sólidas e precisas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A sepse é considerada, atualmente, a principal causa de morte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse sentido, vale salientar que a taxa de mortalidade, por consequência da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) está em torno de 24,2%, sendo que, nesse contexto amostral, existe uma subdivisão que mostra detalhadamente que a causa de morte por sepse é de 33,9%. Além disso, evidencia-se que a causa de morte por uma sepse grave é de 46,9% e que a causa da morte por choque séptico é de 52,2%. Não obstante, estudos evidenciam que a mortalidade por sepses graves em hospitais públicos é de 35% e em hospitais privados é de 16%.

Por conseguinte, frequentemente, os pacientes sépticos são submetidos a procedimentos operatórios, em caráter de urgência ou emergência, e, obrigatoriamente, esses pacientes são recebidos por um médico anestesiológico. Esse profissional necessita ter uma formação que lhe confira habilidades para um rápido manuseio de condições críticas. Nesse aspecto, vale salientar que essa formação tem por objetivo principal aprimorar as condições do paciente para obter benefício máximo do procedimento cirúrgico. Desse modo, é necessário antever suscetibilidade, por parte do anestesiológico, dos pacientes às drogas relacionadas à anestesia geral.

Com relação às drogas utilizadas atualmente para o manejo do paciente durante uma cirurgia com anestesia geral, existem estudos em modelos animais sépticos que demonstram que o uso de Isoflurano comparado com o Pentobarbital, para manutenção anestésica, confere aumento da sobrevida, menor lesão pulmonar e reação inflamatória e que, além disso, está relacionado com a proteção renal, hepática, com os efeitos anti-inflamatórios e a redução da mortalidade. No entanto, existe evidências de que o uso de Isoflurano possa desencadear efeitos deletérios sobre a resposta endócrino-metabólica em modelos animais de sepse, com aumento do dano pulmonar e da cascata inflamatória, se comparado a animais não submetidos à anestesia.

Além disso, a comparação, em modelo animal de sepse, entre Cetamina, Alfentanil, Isoflurano e Halotano demonstra que a Cetamina associa-se a melhor perfil hemodinâmico, laboratorial e metabólico, quando comparada com os demais agentes. Entretanto, o Halotano, comparado com os demais agentes, relacionou-se com o pior perfil hemodinâmico, laboratorial e metabólico. Não obstante, também há evidências oriundas de estudos em modelos animais de sepse de que o Isoflurano, quando comparado com o Propofol, tem efeitos protetores pulmonares segundo critérios histológicos e testes de permeabilidade capilar. Nesse cenário, atualmente, não existem evidências da superioridade de qualquer agente usado para manutenção de anestesia em seres humanos.

Diante dessa temática, é importante destacar, ainda, que existem as recomendações para o manejo anestésico do paciente séptico, sendo dividido em três grandes grupos. O primeiro deles explora que devido ao fato de agentes de indução anestésica aumentarem a morbimortalidade, o Etomidato mostra-se contraindicado para tratamento de pacientes sépticos e como alternativa, pode-se utilizar Midazolam ou Cetamina. Com relação ao suporte cardiovascular, pode-se destacar três grandes alternativas de escolha medicamentosa: Fenilefrina x Noradrenalina e Dopamina, em que a Noradrenalina é a mais recomendada quando comparada à Fenilefrina. Nesse contexto, ainda com relação ao sistema cardiovascular, vale ressaltar que a segunda forma de divisão está diretamente relacionada ao uso de Noradrenalina associada à Dobutamina ou Adrenalina, sendo indicada em casos de suporte hemodinâmico de pacientes sépticos. Por fim, no terceiro grupo destaca-se a existência de critérios de escolha do agente de reposição volêmica e os monitores que alteram a morbimortalidade. Dessa forma, com relação à reposição volêmica com Albumina x Cristalóides, não existe nenhuma evidência literária de que a Albumina seja superior aos Cristalóides. Entre Solução Salina Hipertônica e Solução Salina Isotônica, observa-se que não há superioridade de uma em relação à outra. Destaca-se, ainda, que a Early Goal-Directed Therapy é importante na ressuscitação volêmica precoce de pacientes em sepse grave ou em choque séptico, bem como, recomenda-se que em pacientes sépticos graves não se

utilize a monitorização do Débito Cardíaco por análise da onda de pulso não calibrada.

4 CONCLUSÃO

No que tange à anestesia geral no paciente séptico, alguns fármacos destacaram-se nos estudos analisados, principalmente Isoflurano e Cetamina. Todavia, atualmente, não existem evidências da superioridade de qualquer agente usado para manutenção de anestesia em seres humanos. Não obstante, é necessário considerar três principais fatores no manejo do paciente séptico: tratando-se de indução anestésica, o Etomidato está contra indicado, podendo ser substituído por Cetamina ou Midazolam; para suporte cardiovascular, a Noradrenalina tem se mostrado a mais eficaz, sendo também associada à Dobutamina ou Adrenalina para suporte hemodinâmico; deve-se, também, atentar à reposição volêmica e aos monitores que alteram a morbimortalidade. Destarte, ressalta-se a importância do seguimento de condutas baseadas em evidências e ampliação dos estudos na área, afinal, o paciente séptico configura a maior causa de morte na UTI, o que torna imprescindível a busca de novas alternativas para o manejo desses pacientes.

REFERÊNCIAS

CONCEIÇÃO, M. J. Revista Brasileira de Anestesiologia. **Editorial. Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 60, n. 2, p. 111–112, 2010.

DIAMENT, D. *et al.* Diretrizes para tratamento da sepse grave/choque séptico: abordagem do agente infeccioso - diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 2, p. 134–144, 2011.

ILAS. Instituto Latino Americano De Sepse Implementação De Protocolo Gerenciado De Sepse Protocolo Clínico Adulto. **Instituto Latino Americano de Sepse**, p. 14, 2018.



APENDICITE AGUDA: TRATAMENTO CONSERVADOR E APENDICECTOMIA EM ADULTOS

DIAS, Eduardo Kloeckner Pires; PODGURSKI, Carolina Corrêa; BERVIAN, Luca Valandro; AGLIARDI, Marina Colpo; JUCHEM, José Felipe Goularte.

URI-Erechim - 095355@aluno.uricer.edu.br; podgurski.carolina@gmail.com;
lucavbervian@gmail.com; marinacolpoagliardi@gmail.com; drjosejuchem@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é uma das urgências cirúrgicas mais comuns observadas na prática da cirurgia geral. As complicações podem ser graves e incluem perfuração e peritonite generalizada (MUMTAZ *et al.*, 2017).

A apendicite aguda é considerada uma condição progressiva, que se inicia com o aumento na secreção de muco e a elevação da pressão intraluminal, resultando em estase venosa, compressão arterial e isquemia das paredes do órgão. Com a isquemia da mucosa, o mecanismo protetor de barreira é perdido, levando à invasão bacteriana da parede do apêndice, que por sua vez favorece o infarto e a perfuração do apêndice (HIRANO, 2012). Essa é a principal diferença da apendicite não aguda.

Nos últimos anos uma série de trabalhos científicos, retrospectivos e prospectivos, têm sido conduzida com o objetivo de comparar o tratamento operatório com o conservador (não operatório). Entretanto, a condução de estudos comparativos nesta área é desafiadora devido aos seguintes fatores: 1) Apendicite aguda é uma doença que possui um espectro de apresentação clínica amplo e vários métodos diagnósticos (clínico, laboratorial, ultrassonográfico, tomográfico e cirúrgico) podem ser utilizados e variar entre os diversos serviços cirúrgicos, o que desafia a classificação diagnóstica de pacientes para inclusão em estudos; 2) A população acometida pela apendicite é heterogênea, incluindo faixas etárias diversas, dificultando a comparação entre pacientes; 3) A taxa de mortalidade geral associada com a apendicite aguda é relativamente baixa, o que torna extremamente difícil avaliar e demonstrar diferenças em mortalidade em trabalhos científicos; 4) A dificuldade em definir “sucesso” ou “superioridade” do tratamento cirúrgico em relação ao conservador, e “equivalência” ou “não inferioridade” da antibioticoterapia em relação à apendicectomia, a fim de permitir uma comparação adequada. (HIRANO, 2012).

A partir dessa pesquisa, foram estabelecidos dados comparativos referentes ao tratamento conservador (antibioticoterapia) e cirúrgico em pacientes com um quadro de apendicite aguda e não aguda, suas diferenças, vantagens e desvantagens.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa integrou-se da pesquisa, em bancos de dados, por revisões bibliográficas e metanálises acerca do tratamento cirúrgico *versus* tratamento conservador na apendicite aguda. Pesquisas relacionadas à Pediatria foram fatores de exclusão nesta análise. Sendo assim, utilizou-se três artigos

internacionais, totalizando 6043 pacientes, publicados entre os anos de 2011-2019, para a consolidação e entendimento acerca de tais terapêuticas no manejo da AA.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão bibliográfica e metanálise do estudo “Surgery versus Conservative Antibiotic Treatment in Acute Appendicitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials” (ANSALONI *et al.*, 2011), compreende uma comparação entre 4 estudos, relacionados à antibioticoterapia vs. apendicectomia no manejo da AA. O estudo englobou 741 pacientes, dos quais 351 foram submetidos ao tratamento cirúrgico e 390 ao tratamento conservador.

Em relação aos resultados primários, foi levado em conta a eficácia de ambos os tratamentos, entretanto, como diferem entre si, adotou-se para a eficácia da antibioticoterapia como a não evolução sem a necessidade de tratamento (cirúrgico ou conservador) em um ano. Para a apendicectomia foi considerado que a apendicite aguda fosse confirmada no ato cirúrgico ou por meio de indicações apropriadas que mostrassem a necessidade do tratamento em bloco. Dos resultados secundários foi analisado a existência de apêndice perfurado - com obrigatoriedade do ato cirúrgico (372 pacientes), complicações na terapêutica, avaliação da dor, testes laboratoriais de avaliação da inflamação, bem como temperatura corporal, tempo de permanência hospitalar, licença médica e afastamento do trabalho, custos, experiência do paciente no que tange ao tempo de dor abdominal após a alta hospitalar e o número de pacientes com dor um ano após o tratamento.

Dos resultados primários, o estudo mostrou eficácia no tratamento cirúrgico significativamente superior ao conservador. Nos secundários, abordando as variáveis supracitadas: não houve diferença nos dois grupos com relação ao número de apêndices perfurados que foram submetidos à apendicectomia; a dor foi significativamente menor 12h após o início do tratamento conservador; os testes de avaliação inflamatória e temperatura axilar mostraram rápida redução na antibioticoterapia; o tempo de internação hospitalar não mostrou diferença significativa entre os dois grupos; ambos os tratamentos demonstraram altos custos; em média, a dor na apendicectomia foi experienciada até 9 dias após o tratamento, enquanto no conservador durou 6 dias. Vale ressaltar que, no que diz respeito ao tratamento conservador, houve uma comparação, em combinações e doses variadas, entre os seguintes antibióticos: cefotaxima, tinidazol, ofloxacino e metronidazol.

No estudo denominado “Antibiotics Versus Surgical Therapy for Uncomplicated Appendicitis: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials” (HARNOSS *et al.*, 2015), foram analisados quatro ensaios clínicos e quatro estudos de coorte, abrangendo um total de 2551 pacientes. As variáveis analisadas incluíam eficácia do tratamento, complicações cirúrgicas e pós cirúrgicas, custos hospitalares e tempo de internação hospitalar.

Desta forma, o estudo concluiu que a eficácia do tratamento conservador foi de 72,6%, em que 26,5% dos pacientes necessitou de apendicectomia em um ano, enquanto no grupo cirúrgico a eficácia foi de 99,4%. As complicações e a incidência de apendicite complicada foram significativamente maiores no grupo submetido à antibioticoterapia. Ademais, o tempo de internação hospitalar foi significativamente maior àqueles submetidos ao tratamento não-cirúrgico. No que tange aos custos relativos ao tratamento com antibiótico, não foi possível chegar a um resultado.

Ademais, o estudo afirma que o tratamento a base de antibióticos pode ser favorável em alguns casos de apendicite aguda não complicada.

O artigo de pesquisa “Meta-analysis of studies comparing conservative treatment with antibiotics and appendectomy for acute appendicitis in the adult” (YANG *et al.*, 2019), analisou 2751 pacientes divididos em subgrupos de população complicada, não complicada e mista de ensaios clínicos randomizados. Os resultados clínicos incluíram a taxa global efetiva de tratamento, taxa de complicações, taxa de recaídas (taxa de reoperação) e duração total da estadia (LOS) (YANG *et al.*, 2019).

Assim, o estudo demonstra que para adultos com apendicite aguda, complicada e não complicada, o tratamento cirúrgico apresenta uma maior efetividade. Tanto para AA em adultos não complicados como para adultos complicados, a administração não operatória de antibióticos foi associada a significativamente menos complicações e um tempo de permanência mais curto, mas uma menor taxa efetiva e maior taxa de recidivas (YANG *et al.*, 2019).

4 CONCLUSÕES

O tratamento conservador da apendicite aguda, embora apresente menores complicações, também apresenta menor taxa de eficácia quando comparado ao tratamento cirúrgico. Sendo assim, a antibioticoterapia até pode ser utilizada em casos que seja necessário evitar uma intervenção mais agressiva, mas ao contrapor a efetividade e o custo-benefício entre ambos, percebe-se uma viabilidade maior da adoção de um método cirúrgico. Além disso, os estudos também relatam uma taxa de recidiva elevada em uma abordagem não cirúrgica, tendo a necessidade de mediação externa em casos de falha, o que faz com que o sofrimento do paciente, os gastos e o período de tratamento sejam mais intensos. Portanto, ao analisar as evidências de várias revisões sistemáticas, há uma tendência de superioridade do tratamento cirúrgico em relação não operatório, principalmente no que diz respeito à recidivas e custos. Contudo, o método conservador possui sua utilidade, não sendo descartado como opção em situações que há indicação.

REFERÊNCIAS

ANSALONI, L., *et al.* Surgery versus Conservative Antibiotic Treatment in Acute Appendicitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Digestive Surgery**, v.28, n.3, p.210-212, 2011.

HIRANO, E. S., *et al.* Not complicated acute appendicitis in adults: clinical or surgical treatment? **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.39, n.2, p.159-164, 2012.

HARNOSS, J. C., *et al.* Antibiotics Versus Surgical Therapy for Uncomplicated Appendicitis: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. **Annals of Surgery**, v.265, n.5, p.889-900, 2017.

YANG, Z. *et al.* Meta-analysis of studies comparing conservative treatment with antibiotics and appendectomy for acute appendicitis in the adult, **BMC Surgery**, v.19, n.1, p.110, aug., 2019.

ASSOCIAÇÃO ENTRE OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



VALENTINI, Vanesa; ADAMI, Gabriela Dias; FREITAS, Rubia Finster; GASPARETTO, Nicole; RAIMUNDO, Julia dos Reis; VACARIN, Luan; DALBEM, Juliane Sauter.

URI Erechim – 095306@aluno.uricer.edu.br; 095341@aluno.uricer.edu.br; 098129@aluno.uricer.edu.br; juliaraimundo3@gmail.com; 095733@aluno.uricer.edu.br; 097773@aluno.uricer.edu.br; julianedalbem@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Metabólica (SM) é um conjunto de características que envolvem transformações orgânicas e que estão ligadas ao desenvolvimento de doenças, tais como as cardiovasculares e diabetes mellitus, além de estarem associadas à prevalência de obesidade na população (RIBEIRO, 2021). O acúmulo de gordura geralmente está relacionado à presença de hipertensão arterial e alterações metabólicas, a exemplo do aumento dos níveis de triglicerídeos e de glicose, e baixos índices de HDL-c (lipoproteínas de alta densidade).

Atualmente, existem divergências nos critérios para realização do diagnóstico dessa síndrome em crianças e adolescentes. Estudos epidemiológicos mostram a crescente prevalência de excesso de peso na população pediátrica, podendo se estender até à vida adulta (RIBEIRO, 2021). Dessa forma, é de fundamental importância o diagnóstico precoce, para que se prossiga com intervenção adequada, mediante a implantação de medidas preventivas e de contenção de possíveis complicações futuras.

De acordo com Mendes (2019), a taxa de prevalência da SM em adolescentes varia entre 2,5 e 22,2%, evidenciando também a associação entre condicionantes da síndrome metabólica e fatores de risco comportamentais, como sedentarismo e obesidade abdominal, ressaltando a importância do diagnóstico precoce. O presente estudo abordará sobre o desenvolvimento da Síndrome Metabólica e sua íntima ligação com a obesidade na faixa etária pediátrica, uma vez que as condições adversas presentes nessa fase podem perdurar ao longo da vida.

2 METODOLOGIA

Esta revisão bibliográfica, possui caráter exploratório e descritivo, sobre aspectos relacionados ao desenvolvimento da obesidade diante da existência de síndrome metabólica nas crianças e adolescentes, o qual foi realizado por meio de buscas nas bases de dados do Google Scholar, SciELO e Pubmed, nos anos de 2009 a 2021. Para a pesquisa, foram utilizadas palavras-chave, tais como “síndrome metabólica” e “obesidade infantil”.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Síndrome Metabólica (SM), é uma expressão utilizada para demonstrar um conjunto de sinais e sintomas, cujas peculiaridades envolvem um distúrbio complexo associado a várias alterações metabólicas: hiperglicemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e obesidade abdominal. Além disso leva a risco aumentado de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e doenças cardiovasculares, independentemente da presença de obesidade (BOGLIOLO, 2016). Por conseguinte, é comum haver a ocorrência dessa síndrome, simultaneamente, à obesidade no público infantil.

Segundo Ribeiro (2021), a incidência da SM na infância e na adolescência vem aumentando nas últimas décadas. Posto isso, é possível inferir que esse aumento de casos de obesidade no referido público, está relacionada às mudanças no estilo de vida. Ribeiro (2021) ainda ressalta que nas crianças obesas de alto grau (COAG), a ocorrência da Síndrome Metabólica é três vezes maior do que nas obesas de grau moderado (SIGLA), além da presença de níveis entre 30 e 50% superiores de insulina, de resistência insulínica (RI) e de triglicerídeos nas COAG. De acordo com Teixeira (2009), quase um milhão de adolescentes nos EUA, cerca de 4%, apresentam sinais e sintomas que convergem para essa adversidade. Ainda, adolescentes com sobrepeso, na faixa etária de 12 a 16 anos de idade, apresentam prevalência aproximada de 30% no desencadeamento de SM. Contudo, no Brasil, os estudos de prevalência de SM em crianças e adolescentes permanecem escassos.

A relação entre obesidade, RI e SM pode ser explicada pelo padrão de distribuição lipídica (RIBEIRO, 2021). A insulina tem o papel de favorecer a entrada de glicose nas células e, para isso, a expressão de algumas proteínas celulares como AKT2 e PKC são fundamentais. Quando há excesso de Ácidos Graxos Livres (AGL) nas células (por maior aporte alimentar, incremento na síntese intracelular ou por redução na β -oxidação mitocondrial deles), surge um sinal que estimula uma isoforma de PKC (PKC Θ) a fosforilar o Substrato do Receptor de Insulina (IRS) em resíduos denominados serina/treonina (BOGLIOLO, 2016). Com isso ocorre um prejuízo na entrada da glicose na célula ao passo que, sem a ação da insulina, a lipase sensível a hormônio, existente no tecido adiposo, hidrolisa os triglicerídeos dos adipócitos (a insulina inibe essa enzima), aumentando ainda mais a quantidade de AGL na circulação (BOGLIOLO, 2016).

Tal excesso de AGL estimula o aumento dos adipócitos que liberam hormônios chamados de adipocinas. Dessa forma tanto o Fator de Necrose Tumoral-Alfa (TNF- α) quanto a proteína quimiotática de monócitos (MCP-1) vão atuar como mediadores pró-inflamatórios, estimulando a migração de macrófagos (BOGLIOLO, 2016). Estes por sua vez, produzem mais TNF- α e IL-6 (citocinas inflamatórias), que também inibem a ativação do IRS e, desse modo, bloqueiam a ação da insulina (BOGLIOLO, 2016). Assim, se explica uma resistência à insulina devido ao alto índice de ácidos graxos no organismo, o que auxilia na apresentação do quadro de Síndrome Metabólica. Além disso, a obesidade abdominal é a condição mais envolvida no processo, porque os depósitos viscerais de gordura respondem mais à lipase sensível a hormônio do que aos adipócitos do subcutâneo (BOGLIOLO, 2016).

Para critério de diagnóstico de SM na infância, existem alguns impasses quanto ao fato de não existir uma única definição da síndrome. Logo, pela existência de vários critérios de classificação, não há um consenso de parâmetros previamente

estabelecidos para a descoberta da disfunção, e nem da faixa etária pediátrica em que ela acontece (MENDES, 2019). Segundo o Manual de Orientação sobre obesidade na infância e adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) do ano de 2019, os critérios mais utilizados baseiam-se nos consensos da Organização Mundial da Saúde (OMS), *International Diabetes Federation* (IDF) e *National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel* (NCEP-ATP III). No entanto, o Departamento de Nutrologia da SBP passou a utilizar, em 2007, o consenso da *International Diabetes Federation*, estabelecendo critérios de identificação para crianças entre faixa etária de dez a dezesseis anos de idade (SBP, 2019, p. 88-92). Dentre eles, encontram-se: o aumento da circunferência abdominal ($CC \geq p90$), hipertensão arterial sistêmica ($PAS \geq 130$ ou $\geq PAD 85$ mmHg), hipertrigliceridemia (≥ 150 mg/dL), HDL baixo (< 40 mg/dL), glicemia de jejum elevada (≥ 100), (SBP, 2019, p. 87).

As medidas utilizadas para diagnóstico de Síndrome Metabólica em adolescentes maiores de dezesseis anos são os mesmos utilizados em adultos pela *International Diabetes Federation* (IDF) (SBP, 2019, p. 88-92). Dessa forma percebe-se uma imprecisão nos critérios de diagnóstico nessa faixa etária, visto que o estadiamento puberal é responsável por alterações no corpo adolescente e podem ter grande influência na redistribuição lipídica e consequentemente na identificação da SM.

4 CONCLUSÃO

Visto o disposto, há claramente uma associação entre a ocorrência de obesidade e o desenvolvimento da Síndrome Metabólica em crianças e adolescentes, pois envolvem semelhanças na maneira como é distribuído o perfil lipídico nos pacientes acometidos. Não obstante, essa condição vem acarretando aumento em sua incidência e prevalência nos dias atuais, mantendo forte relação com os hábitos de vida – sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros, caracterizando a SM como uma doença da civilização moderna.

Além disso, existe uma dificuldade na realização do diagnóstico, pois ainda não existe um único consenso, tanto na definição quanto na identificação da condição. Dessa maneira cabe ao profissional médico a prevenção desde a atenção primária em saúde, objetivando a diminuição dos fatores de risco tanto da síndrome metabólica quanto da obesidade nas crianças. Principalmente alertando os pais a motivarem seus filhos à prática de exercícios físicos e alimentação balanceada.

REFERÊNCIAS

RIBEIRO, D. L.; BAPTISTA DA SILVA, C. M.; BARROSO, M. G. Impactos da Síndrome Metabólica na Adolescência e na Puberdade: Revisão da Literatura. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, [S. l.], v. 1, n. 14, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3n875iw>. Acesso em: 6 out. 2021.

BOGLIOLO, B.F.G. **Patologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

TEIXEIRA, C.G.O.; SILVA, F.M; VENÂNCIO, P.E.M. Relação entre obesidade e síndrome metabólica em adolescentes de 10 a 14 anos com obesidade abdominal. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v.31, n.2, p.143-151, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/30Eeejd>. Acesso em: 10 out. 2021

MENDES, M.G. *et al.* Prevalência de Síndrome Metabólica e associação com estado nutricional em adolescentes. **Cad. saúde colet.**, v.27, n.4, p. 374-379, out.-dez. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3vIDJkF>. Acesso em: 10 out. 2021.

WEFFORT, V.R.S. Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Departamento Científico de Nutrologia**. 3. ed. São Paulo: SBP. 2019. p.88-236. Disponível em: <https://bit.ly/3BUWY6S>. Acesso em: 10/10/2020

ATRASO DE DIAGNÓSTICOS E RASTREIOS GINECOLÓGICO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

**RIBEIRO, Amanda Lavandoski; BRESSIANI, Paolla Favaro;
MANFREDINI, Alexander.**

URI Erechim - amanda.l.r@outlook.com; paollabre@gmail.com; alexandermanfredini@yahoo.com.br.

1 INTRODUÇÃO

Os casos de COVID-19 iniciaram no Brasil em março de 2020 e foi o início da alteração de vida dos brasileiros, uma mudança de hábitos sociais, culturais e econômicos. Com isso, modificações nas prioridades também surgiram, muitos pacientes com receio de continuar realizando os acompanhamentos médicos por medo da contaminação e outros pela condição financeira. Concomitante, em relação à saúde da mulher, parte da rotina de atendimento foi interrompida devido à situação de emergência causada pelo COVID-19. Diante disso, é de suma importância analisar como tal fato tem afetado essa parcela da população e a relação com o acompanhamento ginecológico de diagnósticos e rastreios estão sendo postergados.

2 METODOLOGIA

Objetivando falar acerca do acompanhamento de diagnósticos e rastreios ginecológicos durante a pandemia de COVID-19, foi realizada uma revisão bibliográfica, em buscas de artigos, para discorrer acerca do tema. A pesquisa ocorreu por meio das plataformas do Google Acadêmico, Scielo, CAPES e BVS, através de algumas palavras-chave como: acompanhamentos ginecológicos AND pandemia; ginecologia AND pandemia; screenings ginecológicos AND pandemia, no decorrer de um mês.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pandemia de COVID-19 chegou ao Brasil em Março de 2020 e modificou consideravelmente a maneira de prestação de serviços de saúde. Com o intuito de diminuir os riscos de transmissão do vírus, seja para os pacientes, seja para trabalhadores de saúde, os prestadores de serviço adiaram consultas preventivas ou eletivas, a exemplo de exames anuais, que tiveram suas datas prorrogadas (MENDES, 2020)

Dessa forma, o enfoque passou a ser pacientes com suspeita ou confirmados para o CoronaVírus. Os recursos da saúde, incluindo os profissionais, foram fortemente direcionados para o acolhimento dessas pessoas. Em contrapartida, a parcela da população que necessitava de outros atendimentos eletivos ficou desassistida durante o período mais crítico e, conseqüentemente, muito afetada (MENDES, 2020)

Com esse direcionamento ao COVID-19, ocorreu uma queda, também, de atendimentos em hospitais públicos de pacientes em rastreamento e tratamento

para câncer de mama em cerca de 75% em março e abril de 2020 em comparação ao mesmo período do ano de 2019, de acordo com a pesquisa da Sociedade Brasileira de Mastologia (GANDRA, 2020). Outro semelhante exemplo, o câncer de mama é responsável por 29,7% dos novos diagnósticos de tumores malignos no Brasil e, apesar de curável, provocou a morte de 17 mil pessoas em 2018. Uma pesquisa realizada com mulheres brasileiras mostrou que 62% delas estavam esperando a pandemia acabar para retomar as consultas médicas e os exames de rotina para detecção de câncer (TAS-TCH, 2020). Assim, é visto que esse adiamento em cuidados da mulher, a exemplo de screenings e exames terá um grande impacto nessas patologias, que ao atrasar os diagnósticos, diminuíam as chances de detecções em estágios iniciais e cura.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) liberou uma nota técnica recomendando a não procurar por serviços de rastreamento de câncer, com remarcação de mamografias e de coletas de exames citopatológicos do colo de útero para um momento de menor restrição com a pandemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Segundo Amaral *et al.* (2017), a prevenção do câncer de colo uterino ocorre por meio da detecção de estágios pré-cancerosos a partir de quatro eixos: detecção precoce, prevenção primária, diagnóstico/tratamento e cuidados paliativos. Isto posto, a interrupção dos sistemas de rastreamento pode gerar repercussões graves no futuro para os diagnósticos ginecológicos, em que postergar a realização de exames de rastreios sem data definida para que esse exame possa voltar a ser utilizado, poderia levar a um aumento da morbimortalidade de mulheres (CÂNDIDO, 2020).

Análogo a isso, um estudo feito por Castanon *et al.* (2021), para a população da Inglaterra, relata que uma interrupção de 6 meses afetaria cerca de 10,7 milhões de mulheres, além de outras 1,5 milhão que já teriam alguma lesão provocada pelo HPV. Logo, se as pacientes demorassem 3 a 5 anos para iniciar o rastreio (pausa de um ciclo completo), teriam 7 vezes mais chances de desenvolver câncer, principalmente as de 40 a 49 anos que não foram alcançadas pela cobertura vacinal contra HPV (SILVA *et al.*, 2021). Outros dados que ratificam o colapso que a Saúde da Mulher irá passar nos próximos meses, pelo grande número de exames que deixaram de ser feitos, ocasionando retardo de diagnósticos.

Uma pesquisa feita pelo time de Data Analytics da Dasa, rede de saúde integrada, revelou que 2,8 milhões de mulheres não realizaram exame de mamografia, com indicação para rastreio ou diagnóstico de câncer de mama, no ano de 2020. O estudo revela que 91,1% das brasileiras podem não estar com o acompanhamento em dia nesse período. Nessa conjuntura, a Dasa estima que mais de 49 mil casos suspeitos de câncer de mama deixaram de ser rastreado dentro da rede entre agosto de 2020 e 2021 (PORTAL HOSPITAL BRASIL). Em consequência, o INCA, prevê aproximadamente 10 mil mortes em excesso – superior ao que era tido como padrão – na próxima década, em virtude do câncer de mama devido aos atrasos relacionados à pandemia.

Por fim, o rastreio do câncer de mama pode reduzir a mortalidade em até 30% das pacientes, logo o atraso da identificação precoce devido a pandemia da COVID-19 tem uma repercussão importante nesses números, visto que os exames deixaram de ser realizados. Dessa forma, pode-se associar que o aumento de mortes de muitas outras doenças também foram e serão reflexo do CORONAVÍRUS. Afinal, poderiam ter sido diagnosticadas ou tratadas de forma precoce, porém acabaram sendo postergadas (FILHO *et al.*, 2021).

4 CONCLUSÃO

Nesse novo cenário, percebe-se que a pandemia alterou a rotina de exames e cuidados da saúde da mulher como manejo de atendimentos eletivos, screenings e diagnósticos. Dessa maneira, é possível que estejamos à beira de um declínio na saúde devido ao número de adiamentos de procura por precauções médicas relacionado à mulher. Outrossim, esse contexto abre a possibilidade para aumento da morbimortalidade sem rastreio e sem a prevenção de doenças, que poderiam ser curadas em estágios iniciais, propiciando novos casos e até mortes por causas evitáveis. Dessa forma, é fundamental que se volte, o quanto antes, a realizar os exames - da saúde da mulher- para se necessário iniciar um tratamento precoce desses diagnósticos.

REFERÊNCIAS

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID 19 ou o paciente invisível.** 2020. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2020/12/Livro-Terceira-Onda-por-Eugenio-Vilaca-Mendes.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

MILITÃO, B. V. P. *et al.* Repercussões da pandemia de Sars-Cov-2 na realização do exame de Papanicolaou: um estudo epidemiológico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.9. 2021.

SILVA, B. L. A. O. *et al.* **O impacto da pandemia da COVID-19 no rastreamento do câncer de colo uterino em Teresina – PI.** Research, Society and Development, v. 10. 2021. Piauí.

FILHO E. *et al.* O impacto da pandemia da COVID-19 no número de procedimentos ginecológicos e nascimentos no Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 65, n.1, p. 29-34, jan.-mar., 2021.

WILASINEE, A. *et al.* Gynecologic Surgery during the COVID-19 Pandemic: Is Universal Screening Mandatory? **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**. 2021.

SETOR SAÚDE. **Rastreamento do câncer de mama.** Hospital Israelita Albert Einstein, 2020. Disponível em: <https://www.einstein.br/especialidades/oncologia/exames-tratamentos/rastreamento-cancer-mama>. Acesso em: 20 out. 2021.

SETOR SAÚDE. **Quase 3 milhões de mulheres deixaram de rastrear ou diagnosticar câncer de mama durante a pandemia.** Portal Hospital Brasil. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/quase-3-milhoes-de-mulheres-deixaram-de-rastrear-ou-diagnosticar-cancer-de-mama-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 21 out. 2021.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Outubro Rosa:** prevenção e diagnóstico do câncer de mama sofrem baque durante a pandemia, 2021. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/outubro-rosa-prevencao-e-diagnostico-do-cancer-de-mama-sofre-baque-em-tempos-de-pandemia>. Acesso em: 21 out. 2021



BASES NEURONAIS DA ENCEFALOPATIA TRAUMÁTICA CRÔNICA

SANTIN, Ana Carolina; FONTANA, Caroline Hoelscher; PERONDI, Poliana Zago; ARPINI, Milena Paola; COSTA, Marynna Valente; DEMARCO, Bruno Antonio.

URI Erechim - anasantincs@hotmail.com; carolineh.fontana@gmail.com;
polianazperondi@gmail.com; milenarpini@gmail.com; marynnavalente@hotmail.com;
brunodemarco2@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O dano cerebral ocasionado pelo traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma das causas mais comuns da Encefalopatia Traumática Crônica (ETC) em atletas de esportes de impacto repetitivo, estando relacionada com a condição neurodegenerativa. Os sintomas clínicos desenvolvem-se ao longo dos anos, conforme o nível e severidade da exposição, sendo assim, mais perceptível em ex-atletas (LEVI *et al.*, 2013).

A gravidade e irreversibilidade da Encefalopatia Traumática Crônica (ETC) tem sido negligenciada nas praticas esportivas de grande visibilidade, como por exemplo o boxe. Sendo perceptível conseqüências agudas para o sistema nervoso central, apresentando portanto, efeito cumulativo dos traumas cranioencefálicos repetidos (AREZA-FEGYVERES *et al.*, 2005).

O objetivo deste estudo foi compreender a etiologia da Encefalopatia Traumática Crônica (ETC) como fator necessário para o avanço do tratamento e prevenção das complicações relacionadas aos impactos repetitivos na cabeça dos esportistas.

2 METODOLOGIA

O desenvolvimento deste resumo expandido foi realizado através de uma revisão bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, acerca da neurociência envolvida na Encefalopatia Traumática Crônica. A base para a elaboração deste foram artigos da plataforma Pubmed compreendidos entre os anos de 1966 a 2017, além de livro referência no assunto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Historicamente, tem se estudado como o impacto em atletas de esportes de excessivo contato físico como o boxe e o futebol americano pode ocasionar danos físicos e neurológicos. Ulteriormente, o termo *punch drunk syndrome* foi proposto a fim de caracterizar as anormalidades clínicas expostas nestes esportistas (MARTLAND, 1928). Posteriormente, em 1937, foi empregado, por Millspaugh, o termo “demência pugilística” que também ficou popularmente conhecido como “Síndrome Boxer”, e que teria o intuito de designar uma patologia neurodegenerativa progressiva, denominada, em 1957, por Critchley, de Encefalopatia Traumática Crônica do Boxeador (ETC) (AREZA-FEGYVERES *et al.*, 2005).

O termo Encefalopatia Traumática Crônica foi adotado (MILLER, 1966) para designar diversas lesões progressivas na região cerebral, as quais degeneram as células neuronais e podem ocasionar distúrbios cognitivos, como a perda de memória e demência, além de transtornos comportamentais como agressividade, depressão e falta de controle emocional no indivíduo acometido.

Essa degeneração das células neuronais ocorre, principalmente, devido a lesões progressivas no sistema nervoso central no período posterior a ocorrência do trauma, também denominada como degeneração neuronal secundária. Nesse processo, ocorre a degeneração de ambos os neurônios, ou seja, dos que não foram ou que foram parcialmente afetados pela lesão primária, através de mecanismos inflamatórios e da neurotoxicidade mediada por glutamate, o qual é o principal neurotransmissor excitatório do Sistema Nervoso Central (SNC). Em lesões cranioencefálicas, as concentrações de glutamate podem aumentar em relação à sua quantidade homeostática, acarretando na destruição neuronal por excitotoxicidade (LIMA, *et al.*, 2007).

Um esportista que sofre traumatismo cranioencefálico pode vir a desenvolver disfunções de encefalopatia traumática crônica de duas formas: 1) mudanças de humor aos 35 anos, aproximadamente, com progressão a déficits cognitivos; 2) dano cognitivo aos 60 anos, que pode progredir para demência. Vale ressaltar, ainda, que essas disfunções podem estar associadas uma à outra (ALOSCO *et al.*, 2016).

Um fator influenciável na idade em que aparecerão os sintomas de déficit cognitivo e mudanças de humor relacionados à Encefalopatia Traumática Crônica (ETC) é a Reserva Cognitiva (RC). Essa teoria, proposta por Yaakov Stern em 2002, propõe que variáveis como a habilidade intelectual e a capacidade do cérebro podem demonstrar uma diferente resposta no que tange a faixa etária na qual indícios dos déficits são percebidos. Isso significa que alguns indivíduos possuem uma capacidade em tolerar alterações cerebrais com mais facilidade, enquanto outros não conseguem da mesma forma e, tudo isso, relacionado à níveis ocupacionais e educacionais (LEVI *et al.*, 2013). Outrossim, pacientes com altas reservas de processos cognitivos pré-existentes ou estratégias compensatórias do sistema nervoso, têm resultados mais positivos contra danos neuropatológicos. Isso também está associado com menores chances em problemas comportamentais de demência fronto-temporal. (ALOSCO *et al.*, 2016).

As piores progressões de Reservas Cognitivas se deram, segundo, Ropacki e Elias (2003), em indivíduos com histórico de problemas psiquiátricos, alcoolismo e uso de drogas. Ademais, Salmond *et al.* (2006) descobriram que a inteligência estaria associada com baixas taxas de depressão seguidas pela ETC (LEVI *et al.*, 2013).

4 CONCLUSÕES

Com base no estudo da Encefalopatia Traumática Crônica (ETC) tornou-se possível a compreensão da etiologia da doença acerca de análises clínicas em indivíduos que praticam de esportes de contato. Compreendendo assim, que a patologia acarreta a degeneração neuronal e debilita as regiões responsáveis pelo processo cognitivo e comportamental ao decorrer do período em que ocorreu o traumatismo cranioencefálico. De tal maneira, também é factível a existência de catalisadores da doença como é o exemplo da Reserva Cognitiva, potencial influenciadora na idade em que a sintomatologia se apresentará nos indivíduos lesionados. Portanto, com tais informações torna-se palpável uma possível

prevenção ou então, o tratamento correto, levando em consideração o conhecimento etiológico da ETC.

REFERÊNCIAS

ALOSCO, M. L. *et al.* Cognitive Reserve as a Modifier of Clinical Expression in Chronic Traumatic Encephalopathy: A Preliminary Examination. **The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences**. v. 29, n.1, p. 6-12, 2017. doi:10.1176/appi.neuropsych.16030043

AREZA-FEGYVERES, Renata *et al.* Encefalopatia traumática crônica do boxeador (dementia pugilística). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v.32, p.17-26, 2005.

LEVI, Yifat *et al.* Cognitive reserve components as expressed in traumatic brain injury. **Journal of the International Neuropsychological Society: JINS**, v.19, n.6, 2013, p.664-71. doi:10.1017/S1355617713000192

LIMA, Rafael Rodrigues *et al.* Degeneração Neuronal Secundária e Excitotoxicidade. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 21, n. 1, p. 27-31, mar., 2007.

MACHADO, E. *et al.* **As ciências biológicas nas dimensões humanista, crítica e reflexiva**. Rio de Janeiro: Atena, 2020.

MILLER, H. Mental after-effects of head injury. **Proceedings of the Royal Society of Medicine**, v.59, n.3, p.257-61, 1966.

SALMOND, C. H. *et al.* Cognitive reserve as a resilience factor against depression after moderate/severe head injury. **Journal of neurotrauma**, v. 23, n.7, p.1049-58, 2006. doi:10.1089/neu.2006.23.1049



BYPASS AXILO AXILAR: UM RELATO DE CASO

TONINI, Beatriz Wustro; FRIESEN, Lara Comarella; NOVELLO, Camila Isadora, DIAS, Eduardo Kloeckner Pires; ROSS, Giovanna Sanagiotto; VIEIRA, Nandrea Angela; LOPES, Marcelo.

URI - Erechim - bia_wustro@hotmail.com - lara.friesennn@gmail.com - milanovello@hotmail.com - 095355@aluno.uricer.edu.br - giovannastr@gmail.com – nandrika@hotmail.com – marcelocirurgiavasculard@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A fístula arteriovenosa (FAV) é um acesso vascular utilizado no tratamento de hemodiálise (HD) que se define como uma ligação (anastomose) entre uma veia e uma artéria, possibilitando o aumento do fluxo sanguíneo. Esse procedimento é realizado quando há necessidade de uma veia calibrosa com alto fluxo para a realização das punções a cada sessão do tratamento de pacientes em HD.

Apesar do avanço nas técnicas cirúrgicas, a disfunção da fístula ainda é um problema grave para pacientes crônicos em hemodiálise. Logo, não é incomum que os locais usuais de acesso vascular inviabilizem, principalmente, naqueles indivíduos em que a diálise peritoneal ou o transplante não são consideradas opções viáveis. Dessa forma, quando todas as outras alternativas foram exauridas, o bypass axilo-axilar pode ser útil, apesar de não ter um resultado clínico totalmente definido (MORSY; KHAN; CHEMLA, 2008).

O presente estudo tem por objetivo descrever um relato de caso de um paciente diagnosticado com Síndrome de Alport e com hipertensão severa, submetido ao bypass axilo axilar como uma alternativa para o tratamento dialítico.

2 METODOLOGIA

Este trabalho está fundamentado em um relato de caso de paciente morador da cidade de Erechim (RS), atendido no serviço de hemodiálise de um hospital de uma cidade ao Norte do Rio Grande do Sul, o qual submetido à realização de fístula arteriovenosa (FAV) - bypass axilo axilar, como alternativa para tratamento dialítico. 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.

O projeto para realização deste relato de caso foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, contando com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 59986022.0.0000.5351.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente relato de caso diz respeito a paciente, sexo masculino, diagnosticado com Síndrome de Alport e hipertensão severa de difícil controle. Iniciou tratamento dialítico em 7 de fevereiro de 2015 com posterior realização de fístula arteriovenosa autógena para hemodiálise. Em outubro de 2019 o paciente foi

internado e a fístula foi desligada devido ao desenvolvimento de infecção e pseudoaneurisma (figura 1).

Em 3 de janeiro de 2020, como alternativa ao desligamento da fístula arteriovenosa em membro superior esquerdo, o paciente foi submetido à realização de bypass arteriovenoso braquioaxilar em membro superior direito (figura 2), utilizando-se de enxerto PTFE 6. Em julho do mesmo ano, o enxerto evoluiu com infecção sendo optado pela retirada da prótese.

As complicações ocorridas demonstram como cada acesso tem uma vida útil, assim como cada paciente tem um número limitado de locais de confecção de FAV, número este muitas vezes exaurido após anos de hemodiálise (SOUZA *et al.*, 2011). Assim, devido aos membros superiores não serem mais opção de acesso dadas às múltiplas intervenções, optou-se pela confecção de fístula axilo axilar cruzada em colar (figura 3 e 4), da veia axilar para artéria axilar contralateral, com enxerto de PTFE número 7.

Descrito pela primeira vez por Garcia-Rinaldi, o procedimento usa como artéria doadora a artéria axilar e como receptora a veia axilar contralateral. O enxerto de colar é um tipo importante de acesso terciário, especialmente em pacientes diabéticos (LAZARIDES; GEORGAKARAKOS; SCHORETSANITIS, 2014). Estudos apontam que a fístula axilo axilar pode ser uma escolha segura e eficaz para acesso vascular em pacientes com dificuldade de encontrar um acesso vascular (CHUANG *et al.*, 2003).

O paciente foi então submetido a incisões infraclaviculares bilaterais e tunelização de enxerto vascular pré peitoral em colar ligando a veia axilar esquerda à artéria axilar direita. Atualmente o enxerto está pérvio e o paciente em bom estado geral em virtude da boa qualidade do enxerto que proporciona diálises de qualidade.

Figura 1



Figura 3

Figura 2



Figura 4



4 CONCLUSÕES

A principal desvantagem da fístula arteriovenosa em membros superiores são os locais limitados para sua realização. Pulso, cotovelo e área axilar são os locais de criação usual da FAV, no entanto, alguns pacientes com função de FAV deficiente precisam de mais locais. A fístula axilo axilar pode ser uma alternativa viável de escolha para acesso de hemodiálise crônica em pacientes com dificuldade de encontrar um acesso vascular.

REFERÊNCIAS

MORSY, M. A; KHAN, A.; CHEMLA, E. S. Prosthetic axillary-axillary arteriovenous straight access (necklace graft) for difficult hemodialysis patients: a prospective single-center experience. **Journal of Vascular Surgery**, p. 1251-1254, nov., 2008.

LAZARIDES, M. K.; GEORGAKARAKOS, E. I.; SCHORETSANITIS, N. Extra - and intrathoracic access. **The Journal of Vascular Access**, p. 125-129, 13 fev. 2014.

ONO, K. M; MUTO, Y.; YANO, K.; YUKIZANE, T. Anterior chest wall axillary artery to contralateral axillary vein graft for vascular access in hemodialysis. **Artif Organs**, v.19, p.1233-1236, 12 nov. 1995.

SOUZA, R. A; OLIVEIRA, E. A.; SILVA, J. M. P; LIMA, E. L. Avaliação do acesso vascular para hemodiálise em crianças e adolescentes: um estudo de coorte retrospectivo de 10 anos. **J Bras Nefrol**, [S. l.], p. 422-430, 9 set. 2011.

CHUANG, F. *et al.* Axillary Artery to Contralateral Axillary Vein Graft Fistula in Chronic Hemodialysis Patients. **Marcel Dekker, INC.**, [S. l.], p. 871 - 878, 2003.

CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS: USO DA PELE DE TILÁPIA E OUTRAS INOVAÇÕES



**BIOLO, Alana; CARPES, Maiara; PECINI, Giliane; SOARES, Liana Laura;
ASSONI, Aline Sponchiado.**

URI Erechim – alanasmaniotto2@gmail.com; maicarpes@gmail.com; gilianepecini@gmail.com;
lianalaurabsoares@gmail.com; aline_sponchiado@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

No âmbito da medicina, o tratamento de feridas é um dos temas mais estudados ao longo dos anos. Durante uma lesão aguda, por exemplo, que tenha comprometido o tecido vascular, inicialmente ocorre vasoconstrição intensa, sucedida por alta permeabilidade, a fim de recrutar células da inflamação para iniciar o reparo tecidual (LEONG; PHILLIPS, 2015). A cicatrização, portanto, é determinada por inúmeras alterações sequenciadas em três estádios: inflamação, proliferação e maturação, respectivamente. Por isso, a compreensão de como ocorre o processo cicatricial das feridas, caracterizadas pela interrupção da continuidade normal das estruturas anatômicas (MARTINS; MANS; COLOPY, 2016 *apud* COSTA *et al.*, 2020), é fundamental para se desenvolver mecanismos que facilitem o seu alcance.

Destarte, este trabalho anseia discutir as inovações tecnológicas envolvidas na busca pela cicatrização ideal, partindo da compreensão fisiológica de como ocorrem os reparos. Destaca-se o uso da pele de tilápia, com bons resultados em xenoenxerto por cultivar estrutura semelhante à morfologia humana (LIMA JÚNIOR *et al.*, 2016; ALVES *et al.*, 2015; ALVES *et al.*, 2018; LIMA JÚNIOR *et al.*, 2017 *apud* LIMA JÚNIOR *et al.*, 2020). Zhou *et al.* (2017) alegam que curativos “devem ter resistência à tração, um certo grau de atividade antibacteriana, bem como a capacidade de promover a regeneração da pele precocemente”. Assim, espera-se que as técnicas envolvam reparo apurado, ambicionado tanto pelo paciente quanto pelo médico.

2 METODOLOGIA

De caráter exploratório e descritivo, este resumo é constituído de uma revisão de literatura que discorre sobre a aceleração do processo cicatricial de feridas mediante a utilização de inovações tecnológicas. A consulta de publicações científicas nas plataformas de dados digitais Google Acadêmico, PubMed e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) subsidiaram o estudo, fazendo uso das palavras-chave “inovação em cicatrização” e “cicatrização com pele de tilápia” em sua busca.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O reparo de feridas surge após um trauma, e é dito por Leong e Phillips (2015) como o “esforço dos tecidos lesados para restaurar a função e as estruturas normais” da pele. Já a regeneração, segundo os autores, cursa com a restauração perfeita da arquitetura que antes existia no local, com ausência de cicatriz. Portanto, o objetivo de toda reparação de feridas seria a regeneração – sublime, funcional e

esteticamente –, porém, ela só ocorre durante o desenvolvimento embrionário e, quando indivíduo adulto, nos tecidos ósseo e hepático. Ou seja, no organismo maduro, a velocidade de reparar a pele torna-se inimiga da regeneração, dando origem ao que chamamos de cicatrização (LEONG; PHILLIPS, 2015).

O processo cicatricial inicia com a inflamação: reação do organismo frente à lesão, ocasionando a cessação do sangramento (hemostasia), a ativação da cascata de coagulação, e o estímulo químico (quimiotaxia) que, por meio de citocinas e fatores de crescimento, direciona as células inflamatórias – principalmente neutrófilos e macrófagos – até a ferida, a fim de selar a superfície e eliminar resíduos. A fase proliferativa é marcada pelo reparo propriamente dito, com a formação de tecido de granulação, por meio de novos vasos sanguíneos (angiogênese), síntese de colágeno pelos fibroblastos (fibroplastia) e migração de queratinócitos para cobrir a ferida (epitelização). Por fim, ocorre o estadiu maturacional, com contração da ferida, tendo em vista a transformação dos fibroblastos em miofibroblastos, de maneira a organizar o colágeno depositado (LEONG; PHILLIPS, 2015).

As feridas epiteliais frequentemente necessitam de cuidados médicos, a depender de sua profundidade e extensão. Na prática, um curativo ideal visa algumas características para propiciar um ambiente adequado à reepitelização, tais como: fácil acesso, boa flexibilidade e aderência, resistência ao estiramento, que diminua a dor, previna perdas hidroeletrólíticas e contaminação bacteriana, favoreça a renovação epitelial, facilite a formação de tecido de granulação e seja de baixo custo (FERREIRA, *et al.*, 2003 *apud* MIRANDA; BRANDT, 2019). Existem vários tipos de curativos, em especial os oclusivos biológicos que podem abranger os xenoenxertos – enxerto de pele transplantado entre espécies diferentes (LEONG; PHILLIPS, 2015), cujo exemplo trataremos a seguir.

Pesquisas têm apontado o uso de curativos biológicos baseados em animais aquáticos como regenerativos quando aplicados no leito das feridas em humanos, mais especificamente o uso da pele da Tilápia-Do-Nilo (*Oreochromis niloticus*) – espécie de peixe produzida no Brasil –, apresentando boa aderência à área que sofreu dano epitelial (FERREIRA, *et al.*, 2003 *apud* MIRANDA; BRANDT, 2019). Além disso, a pele desse animal apresentou satisfatória resistência à tração (FRANCO *et al.*, 2013 *apud* MIRANDA; BRANDT, 2019) e a existência de peptídeos com particularidades antimicrobianas (CHEM; ROGERS; LYDON, 1992 *apud* MIRANDA; BRANDT, 2019). Após passar por um processo complexo de desinfecção e esterilização, a pele de tilápia fica pronta para uso e, ao colocá-la sobre a área lesada, Miranda e Brandt (2019) destacam que ela possui a capacidade de se moldar e aderir à lesão, funcionando como um tampão, impedindo a contaminação e a perda de fluídos para o meio externo. Um estudo analítico demonstrou que a terapêutica com essa intervenção biológica dura em torno de 10 dias, tempo semelhante aos denominados curativos com hidrofibra – os quais contém prata e ação antimicrobiana (MIRANDA; BRANDT, 2019).

Para tratar lesões em cirurgia plástica, além dos métodos comumente utilizados, medidas terapêuticas recentes incluem moléculas bioativas, terapia gênica, transplante de células mãe adultas e mesenquimais. O plasma rico em plaquetas (PRP) tem sido favorável na cicatrização de diversos tipos de feridas – agudas ou crônicas –, principalmente em úlceras cutâneas e queimaduras, acelerando a estabilização do tecido de forma segura, devido sua quantidade mínima de imunoglobulinas e baixa possibilidade reacional. O plasma heterólogo (PRPh), por sua vez, aplicado de maneira tópica, melhora significativamente o

edema e fecha a ferida. Publicações acerca do uso e dos benefícios dos elementos proteicos contidos no sangue e conhecidos como hemoderivados (PRP, soro autólogo, citocinas, interleucinas, fatores de crescimento, fibroblastos e demais moléculas bioativas) são considerados iniciadores de todo processo de cicatrização tissular. Eles possuem efeito parácrino que podem desenvolver células implantadas, de modo a estimular as células normais residentes no tecido afetado a se regenerarem. Essa interação entre os hemoderivados atua sobre as moléculas transplantadas, moldando sua biologia e favorecendo sua autorrenovação, proliferação e continuidade de suas funções (HERNÁNDEZ-PATIÑO *et al.*, 2020).

Em consonância com Miranda e Brandt (2019), mais de 45% do total de peixes produzidos no país é de tilápia, cuja pele – produto secundário – é quase majoritariamente descartada, salvo por algumas produções artesanais. Embora mais estudos precisem subsidiar os benefícios da pele desse animal como curativo oclusivo em feridas humanas, é possível afirmar que, mediante uma política específica ao uso desse material, há viabilidade em se utilizar o subproduto da Tilápia-Do-Nilo como meio de acelerar o processo de cicatrização, enfatizando o que prega a medicina regenerativa, área médica que é defendida pelo *National Health Institute* como a que “tem o objetivo de regenerar tecidos e órgãos danificados no corpo, estimulando os órgãos anteriormente irreparáveis a se curarem” (BARBOSA, 2020).

4 CONCLUSÕES

Embora somente as feridas fetais sejam curadas sem cicatrização, esse processo é subsidiado por significativos estudos durante longos anos. O processo cicatricial de uma ferida orgânica é sustentado pela rápida condução em que o corpo quer repará-la, dando início às três fases, conhecidas como inflamação, proliferação e maturação, nessa ordem. Com a finalidade de acelerar essa condição fisiológica, se destacam os diversos tipos de curativos e terapias farmacológicas produzidas. Na cirurgia plástica, as estratégias mais rebuscadas no tratamento das feridas são o uso de moléculas bioativas, transplante de células e terapia gênica.

A pele da Tilápia-do-Nilo, na forma de curativo biológico oclusivo, também ganha destaque por atender satisfatoriamente como facilitadora no processo de cicatrização. No entanto, diferenças imunológicas também podem interferir no sucesso da implantação de um xenoenxerto, o que, porventura, permite a rejeição desse tecido com o tempo. Isso impulsiona a investigação de mais opções de tratamentos para feridas, sempre objetivando a melhor cicatrização possível, bem como o bem-estar do paciente. Cabe ao profissional médico manter-se atento às novas atualizações dos métodos utilizados em cicatrização de feridas, a fim de poder orientar seu cliente para a melhor condução terapêutica viável, bem como, favorecendo uma relação médico-paciente saudável.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. O que é Medicina Regenerativa? **Atlas da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3FERZts>. Acesso em: Out. 2021.

COSTA, B.O. *et al.* Utilização da pele de tilápia-do-Nilo (*Oreochromis niloticus*) como xenoenxerto em um equino com ferimento traumático. **Acta Scientiae Veterinariae**, v. 48, n. 1, jun. 2020.

HERNÁNDEZ-PATIÑO *et al.* Tratamiento de quemaduras mediante plasma heterólogo rico en plaquetas (PRPh). A propósito de un caso pediátrico. **Cirurgía Plástica Ibero-latinoamericana**, v. 46, n. 4, p. 483-488, dic. 2020.

LEONG, M.; PHILLIPS, L.G. Cicatrização de Feridas. In: TOWNSEND *et al.* **Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 427-488.

LIMA JÚNIOR, E.M. *et al.* Tratamento de queimaduras de segundo grau profundo em abdômen, coxas e genitália: uso da pele de tilápia como um xenoenxerto. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 35, n. 2, p. 243-248, 2020.

MIRANDA, M.J.B.; BRANDT, C.T. Xenoenxerto (pele da Tilápia-do-Nilo) e hidrofibra com prata no tratamento das queimaduras de II grau em adultos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, Recife, v. 34, n. 1, p. 79-85, 2019.

ZHOU, T. *et al.* Multifunctional and biomimetic fish collagen/ bioactive glass nanofibers: fabrication, antibacterial activity and inducing skin regeneration in vitro and in vivo. **International Journal of Nanomedicine**, v. 12, p. 3495-3507, 2017.



CIRURGIA BARIÁTRICA BYPASS GÁSTRICO “Y DE ROUX”: uma revisão de literatura

**ANDREOLI, Marina; SOUZA, Bianca Testolin de; ARCEGO, Júlia Zin;
MORAIS, Lays Messias de; PEZZIN, Laura Skomra;
JUCHEN, José Felipe Goularte.**

URI - Erechim mrandreoli@gmail.com; bianca_souza_bi@hotmail.com;
julia.arcego@gmail.com; lays.messias@hotmail.com; lauraspezzin@gmail.com
josegoularte@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A obesidade caracteriza-se como uma doença crônica não transmissível, multifatorial e que representa um problema de saúde pública. Em pacientes que não respondem a manobras clínicas convencionais para perda ponderal, deve-se cogitar a intervenção cirúrgica. Conforme a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), as cirurgias bariátricas são indicadas em relação à massa corpórea, para as pessoas com índice de massa corporal (IMC) >40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades, e IMC entre 35 e 40 kg/m² na presença de comorbidade.

Objetiva-se com a presente revisão de literatura, explicar as mudanças anatômicas e fisiológicas relacionadas ao procedimento cirúrgico do Bypass Gástrico “Y DE ROUX”, que atualmente representa o procedimento mais realizado no Brasil e um dos mais realizados no mundo para tratamento cirúrgico da obesidade, além de abordar as técnicas da cirurgia e algumas das complicações mais prevalentes do pós-operatório.

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma revisão de literatura referente a Cirurgia Bariátrica Bypass Gástrico “Y DE ROUX”. Foram utilizadas as plataformas de busca de artigos científicos do Scielo, revistas eletrônicas, assim como dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, cerca de 75% dos procedimentos realizados no Brasil têm por escolha o Bypass Gástrico (SBCBM, 2017). Além de ser a técnica mais utilizada no Brasil, é também um procedimento oferecido pelo SUS (BRASIL, 2007). A técnica cirúrgica (Figura 1) consiste em dividir uma pequena parte do estômago, chamada de pouch gástrico, para em seguida realizar uma anastomose de intestino delgado com esse pouch, há aproximadamente 100cm do ângulo de Treitz, que chamamos de *gastroenteroanastomose*. A confecção do pouch gástrico exclui o fundo, boa parte do corpo, o antro e o piloro do trânsito alimentar. Uma outra anastomose é realizada entre duas porções de intestino delgado, há aproximadamente 100 cm da anastomose anterior, que chamamos de *enteroenteroanastomose*. O último

passo da cirurgia é a septação do intestino delgado entre as duas anastomoses, criando dois fluxos digestivos: o alimentar - passando pelo pouch gástrico; e o biliopancreático - do estômago excluído e duodeno, passando pela enteroenteroanastomose (ZEVE *et al.*, 2012)

O procedimento tem por objetivo a diminuição do espaço gástrico, restando cerca de 10% do estômago pelo qual passará o fluxo alimentar e a redução da absorção intestinal pela criação do desvio - *bypass* - intestinal e hoje está consolidado como uma cirurgia minimamente invasiva, sendo realizada por videolaparoscopia ou até mesmo por cirurgia robótica, na maioria das vezes. À perda de peso significativa e excelentes resultados no controle de doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, contrapõe-se a desvantagem da perda do acesso endoscópico ao estômago excluído e à papila duodenal por CPRE, que pode ser crítico no processo de perda ponderal acelerado, que predispõe à litíase biliar.

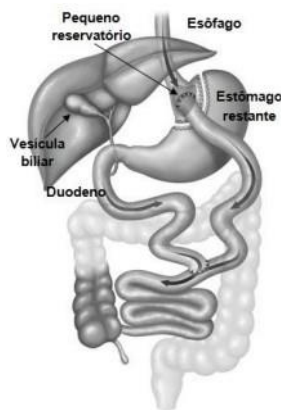


Figura 1

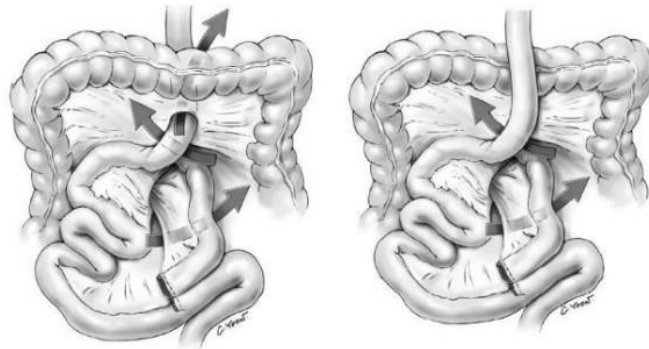


Figura 2

Após essa mudança no trajeto gastrointestinal, forma-se, a partir do procedimento, um espaço anatômico que anteriormente não existia. Conhecido como Espaço de Petersen, é originado a partir da realocação dos componentes do trato digestivo. Atenta-se para ele, já que é um potencial local para formação de hérnia interna, complicação comum dos pacientes que passam pelo Bypass Gástrico e não têm este espaço suturado. É um área criada entre o mesentério da alça alimentar e o mesocólon transverso, podendo ser tanto antecólico, quanto retrocólico (Figura 2) (OBEID *et al.*). Dessa forma, a literatura mostra a importância do fechamento das brechas mesentéricas no mesmo procedimento de criação Bypass Gástrico, reduzindo, assim, a incidência de casos de hérnia interna. (FRANTZIDES, 2011).

Outra complicação que pode ocorrer após a cirurgia bariátrica é a Síndrome de *Dumping*, que alcança uma prevalência de 50% após gastrectomias parciais. A síndrome consiste na passagem rápida dos alimentos com grandes quantidades de gorduras e açúcares em pacientes submetidos a Bypass como um resultado da alteração anatômica do estômago. (LOSS *et al.*, 2009). Desse modo, os sintomas que a síndrome pode causar incluem desconforto abdominal, náuseas, hipotensão, taquicardias ou bradicardias, diminuição da ingestão alimentar e até mesmo agravamento do estado nutricional do paciente.

Além da Síndrome de *Dumping*, outras complicações comuns entre os pacientes no pós-operatório são queda de cabelo (74,2%), anemia (30,6%), colelitíase (16,1%) e deficiência nutricional (11,3%), conforme um estudo realizado com pacientes do Programa de Obesidade do Estado do Ceará. Quanto aos resultados em geral, 75% dos pacientes consideram sua qualidade de vida no pós-operatório muito melhor do que a do pré-operatório (BARROS *et al.*, 2015).

4 CONCLUSÕES

Alicerçado na leitura de artigos científicos, tornou-se possível criar um entendimento amplo sobre a Cirurgia Bariátrica Bypass Gástrico, bem como o entendimento da modificação das estruturas anatômicas associadas a sua fisiologia. Ratifica-se também a necessidade do entendimento das estruturas anatômicas pré e pós operatório com o objetivo de compreender a gênese das complicações e a melhor forma de evitá-las e tratá-las. Além disso, foi possível compreender as principais complicações do procedimento e os resultados finais do procedimento, bem como a satisfação dos pacientes. Pacientes do Programa de Obesidade do Ceará que foram submetidos à cirurgia bariátrica tiveram seus resultados classificados pelo protocolo BAROS, usado mundialmente para essa finalidade e 74,8% tiveram resultados excelentes.

REFERÊNCIAS

- COURY, B. F. *et al.* Espaço de Petersen: anatomia e relação com o bypass gástrico. **Brazilian Journal of health Review. Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 6, p.5357-5363 nov./dec. 2019.
- ZEVE, J.L.M *et al.* Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 132-140, jul./dez. 2012.
- LOSS, A.B *et al.* Avaliação da síndrome de dumping em pacientes obesos mórbidos submetidos à operação de bypass gástrico com reconstrução em Y de Roux. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.36, n.5, p.413-419, 2009.
- BARROS, L.M *et al.* Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.36, n.1, Jan-Mar 2015, . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.47694>. Acesso em: 09 out. 2021.
- SBCBM. **Cirurgia Bariátrica - Técnicas Cirúrgicas**. 2017. Disponível em <https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>. Acesso em: 09 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007. **Portaria nº 492**. Brasília, DF. Disponível em [:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_co mp.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_co mp.html). Acesso em: 09 out. 2021.



COMPARAÇÃO DA PERDA DE PESO ENTRE AS TÉCNICAS DE CIRURGIA BARIÁTRICA SLEEVE GÁSTRICO E BYPASS GÁSTRICO Y DE ROUX: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MARSAROTTO, Rafael Rossa; TONINI, Beatriz Wustro; FRIESEN, Lara Comarella; AGOSTINI, Larissa Elen; LOPES, Marcelo; JUCHEM, José Felipe.

URI - Erechim - rafaelmarsarotto@gmail.com - bia_wustro@hotmail.com - drjosejuchem@gmail.com - lara.friesennn@gmail.com - larissaelen1404@gmail.com - marcelocirurgiavasculard@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a obesidade como o excesso de gordura corporal, em quantidade que resulte em prejuízos à saúde (BARROS *et al.*, 2019) e, devido a sua recorrência nas últimas décadas, é considerada como uma epidemia mundial (POPKIN & DOAK, 1998). Ademais, a obesidade é responsável por diversas consequências adversas à saúde, como problemas cardiovasculares (MALNICK *et al.*, 2006) e, a partir disso, tratamentos clínicos e cirúrgicos, como a cirurgia bariátrica, estão sendo cada vez mais recomendados por médicos (BARROS *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a cirurgia bariátrica é a principal opção interventiva para casos em que o controle clínico já não é mais uma alternativa (BARROS *et al.*, 2019) e, por isso, a gastrectomia vertical, ou sleeve gástrico (SG), e o bypass gástrico em Y de Roux (BGYR) são as duas principais abordagens cirúrgicas para o tratamento dessa patologia (ANGRISANI *et al.*, 2018; FELBERBAUER *et al.*, 2008).

Assim, em consonância com a sua disseminação no mundo, essas técnicas cirúrgicas, apesar de seguras e eficazes, colocam em pauta algumas controvérsias, especialmente, no que tange à manutenção do peso a longo prazo (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma revisão de literatura versando sobre a perda e a manutenção do peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Para tal fim, foram consultadas as plataformas PubMed, Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde e Google Acadêmico na busca por literaturas pertinentes ao tema. A consulta se restringiu a artigos escritos em português e em inglês, publicados no período de 2000 a 2021. Dessa maneira, as referências foram selecionadas por meio de palavras-chave que estabeleceram a comparação entre as técnicas de sleeve gástrico e de bypass gástrico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde determina sobrepeso como o índice de massa corporal (IMC) superior a 25 e obesidade como o IMC acima de 30. Em 2016, cerca de 1.9 bilhões de pessoas no mundo estavam com sobrepeso e 650 milhões eram obesas e as estimativas da OMS para 2025, são de que esses índices

umentem, chegando a 1 bilhão de adultos com obesidade. Ainda, no Rio Grande do Sul, há mais de 50% da população na faixa de obesidade ou de sobrepeso, sendo que Porto Alegre é a segunda capital brasileira com o maior número de adultos obesos ou em sobrepeso (54%) (CARVALHO, 2016).

A obesidade se relaciona com diversos distúrbios metabólicos como diabetes mellitus 2, dislipidemias e hipertensão arterial sistêmica e, em 2017, cerca de 4 milhões de mortes ocorreram em decorrência dessa doença (OMS, 2016). Poucos tratamentos são eficazes para a perda de peso sustentada a longo prazo e cerca de 95% dos pacientes submetidos ao tratamento clínico acabam recuperando seu peso inicial. Em função disso, o tratamento cirúrgico vem crescendo, cada vez mais, e seus resultados têm se mostrado eficientes não apenas na perda de peso mantida a longo prazo, mas também na correção dos distúrbios metabólicos relacionados à obesidade (BARROS *et al.*, 2019).

Nesse sentido, as duas técnicas mais utilizadas na cirurgia bariátrica são o Sleeve Gástrico (SG) e o bypass gástrico em Y de Roux (BGYR). O Sleeve Gástrico surgiu em 2000 e é considerado o procedimento cirúrgico que mais cresce no mundo, sendo o mais realizado nos Estados Unidos (BARROS *et al.*, 2019). O Y de Roux, por sua vez, é estudado desde a década de 60 e, atualmente, representa 75% das cirurgias bariátricas no Brasil, devido a sua segurança e eficácia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA).

O sleeve gástrico consiste na retirada da maior parte do corpo gástrico, eliminando totalmente o fundo gástrico e preservando o antro, o piloro e a cárdia. Assim, obtém-se uma tubulização do estômago, que fica parecido com uma manga de camisa, ou “sleeve” em inglês (NASSIF, *et al.*, 2014). Dessa forma, esta técnica é menos complexa que o BGYR, levando a um menor tempo operatório e, também, auxiliando no processo de emagrecimento, levando a alterações nos distúrbios metabólicos pré-existentes (LEYBA; AULESTIA; LLOPIS, 2010). Já o bypass gástrico em Y de Roux, em síntese, é um grampeamento da curvatura menor do estômago, com a finalidade de criar uma pequena bolsa gástrica e isolá-la das demais áreas. Em seguida, esta bolsa é anastomosada com o jejuno, fazendo com que haja uma redução no espaço gástrico e um aumento na velocidade do trânsito intestinal, que gera uma menor digestão dos alimentos e um aumento da saciedade - por ação hormonal sobre a regulação da fome - proporcionando emagrecimento e controle de distúrbios metabólicos (ABDEEN; LE ROUX, 2016).

Desta forma, entra em voga qual seria o procedimento mais adequado para o principal objetivo da cirurgia bariátrica: a perda de peso. A fim de resolver essa questão, Leyba, em 2010, comparou as duas técnicas em um estudo realizado no Hospital Universitário de Caracas e Clínica Santa Sofia. Para tal, foram analisados 117 pacientes obesos com IMC variando entre 35 e 49,9, que não haviam sido submetidos a cirurgia bariátrica anterior. Destes 117 pacientes, 75 haviam optado pelo Y de Roux, enquanto 42 pacientes escolheram o sleeve gástrico. Os resultados mostraram que a perda de peso em excesso, após um ano, foi de 86% em Y de Roux e de 78,8% em SG. O estudo concluiu que tanto o SG quanto o BGYR são técnicas bariátricas seguras e eficazes a curto prazo, sem diferenças significativas de perda de peso em excesso durante o primeiro ano de pós-operatório. Assim, pelo menos a curto prazo, nenhuma técnica foi superior à outra. (LEYBA; AULESTIA; LLOPIS, 2010).

Contudo, Ahmed *et al.* demonstrou em um estudo de corte observacional multicêntrico, realizado nos Estados Unidos que após sete anos de pós-operatório, houve uma maior perda de peso em pacientes que realizaram o bypass gástrico.

Esse estudo contou com 114 participantes de alto risco ou super-obesos, dos quais 57 foram submetidos a GV e 57 a bypass. A perda de peso foi equivalente nos primeiros 6 meses de pós operatório (24.1% x 26.3%), porém, após 1 ano da cirurgia, a perda registrada foi maior nos que fizeram BGYR do que naqueles que optaram pelo SG. Essa diferença se manteve até o fim dos 7 anos de acompanhamento dos pacientes, resultando em uma perda de peso de 23.6% nos que realizaram SG e de 30.4% nos que passaram pelo BGYR (AHMED *et al.*, 2018).

Ademais, em 2019, Barros *et al.* abrangeu 7 estudos internacionais que comparavam as duas técnicas, totalizando 1014 pacientes, sendo 503 submetidos ao BGYR e 511 a SG. O estudo demonstrou haver uma maior tendência à perda de peso com a técnica do BGYR em relação ao SG, porém, dentro da revisão, três estudos não detectaram diferenças estatísticas relativamente importantes entre as duas técnicas, mesmo com uma tendência para melhores resultados com o BGYR. Entretanto, dois outros ensaios clínicos randomizados de centro único avaliados no estudo demonstraram que a perda de peso foi estatística e significativamente maior para o BGYR 5 anos após a cirurgia (BARROS *et al.*, 2019).

Ainda, outra revisão sistemática, realizada por De Hollanda *et al.*, analisou 464 indivíduos submetidos ao BGYR e 194 pessoas submetidas ao SG. O estudo, que teve duração de 55,7 meses, demonstrou que a perda de peso em excesso variou de 12,4 a 143,6%, enquanto a recuperação do peso divergiu de 0 a 64,1kg. Ao fim da análise dos dados, os resultados apontaram que, apesar da alta variabilidade individual, há uma similaridade em relação à perda de peso máxima, porém, uma recuperação de peso maior nos pacientes submetidos ao SG (DE HOLLANDA *et al.*, 2015).

Por fim, Sharples *et al.* demonstrou que houve uma diferença significativa na perda de peso a longo prazo naqueles pacientes que passaram por BGYR. O estudo contou com um total de 729 pacientes - 359 submetidos ao BGYR e 370 ao SG - e utilizou como método de avaliação a perda percentual de excesso de peso. Ao fim da pesquisa, ficou claro que os dois procedimentos são eficientes na perda de peso a longo prazo, entretanto, que há uma diferença estatística significativa de 65.7% vs 57.3% ($p < 0.0001$), do BGYR em relação ao SG. (SHARPLES *et al.*, 202;0)

4 CONCLUSÕES

Em conclusão, os resultados sugerem que tanto o SG quanto o BGYR são técnicas seguras e eficazes para a perda de peso. Enquanto no curto prazo ambas parecem ter uma taxa de perda de peso equivalente, no longo prazo o BGYR mostrou uma tendência estatística à superioridade.

REFERÊNCIAS

- ABDEEN, G.; LE ROUX, C.W. Mechanism Underlying the Weight Loss and Complications of Roux-en-Y Gastric Bypass. **Review. Obes Surg.**, v.26, n.2, p.410-21, 2016. doi: 10.1007/s11695-015-1945-7. PMID: 26530712; PMCID: PMC4709370.
- BARROS, F.; NEGRÃO, M.G.; NEGRÃO, G.G. Comparação da perda de peso após sleeve e bypass gástrico em Y-de-Roux: revisão sistemática. **ABCD Arq Bras Cir Dig.**, v.32, n.4, p.e1474, 2019. DOI: /10.1590/0102-672020190001e1474

AHMED, B. *et al.*, Long-term weight change and health outcomes for sleeve gastrectomy (SG) and matched Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) participants in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) study. **Surgery**, n.164, p.774, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2018.06.008>

CARVALHO, T.S.; VASCONCELOS, F.C.; CARVALHO, M.D.B.M. Análise do histórico de métodos de emagrecimento dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital público de Belém-PA. **Rev Bras Obes Nutr Emagrec.**, v.10. n.55, p.4-11, 2016.

DE HOLLANDA, A. *et al.* Patterns of Weight Loss Response Following Gastric Bypass and Sleeve Gastrectomy. **Obes Surg.** v.25, n.7, p.1177-83, 2015. doi: 10.1007/s11695-014-1512-7. PMID: 25421881.

FRANCISCHI, R.P.P. *et al.* Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, v. 13, p. 17-28, 2000.

LEYBA, J.L.; AULESTIA, S.N.; LLOPIS, S.N. Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass Versus Laparoscopic Sleeve Gastrectomy for the Treatment of Morbid Obesity. A Prospective Study of 117 Patients. **OBES SURG**, [S. l.], p. 212-215, 11 set. 2010.

MALNICK, S.D.H.; KNOBLER, H. The medical complications of obesity. **Q J Med** 2006; 99:565-579

NASSIF, P.A.N. *et al.* Gastrectomia vertical e bypass gástrico em Y-de-Roux induzem doença do refluxo gastroesofágico no pós-operatório?. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva** (São Paulo), v. 27, p. 63-68, 2014.

OLIVEIRA, P.S.C. *et al.* **Uma Revisão de Literatura Comparativa Entre a Eficiência do Sleeve ou Bypass Gástrico em Y-de-roux.** Revista Científica Integrada UNAERP, v.5, n.1, 2021.

SHARPLES, A.J.; MAHAWAR, K. Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials Comparing Long-Term Outcomes of Roux-En-Y Gastric Bypass and Sleeve Gastrectomy. **OBES SURG**, v.30, p.664-672, 2020. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04235-2>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. **Cirurgias Bariátricas - Técnicas Cirúrgicas.** Disponível em: <https://www.sbcbm.org.br/tecnicas-cirurgicas-bariatrica/>. Acessado em: 21 out. 2021

WORD HELTH ORGANIZATION. **Obesity and Overweight.** Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acessado em: 20 out. 2021



CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

VACARIN, Luan; DALCHIAVON, Marina; JARA, Isabelle S.; SILVA, Aline, P, D.;
SIMIONATO, Luana; SOBBIS, Arieli, F.; SOLEK, Camila, C.; B;
VALENTINI, Vanesa; BRISOTTO, Daniele, D. S.; RESTELLO, Rozane Maria.

URI Erechim - 095733@aluno.uricer.edu.br; 095287@aluno.uricer.edu.br;
097793@aluno.uricer.edu.br; 097780@aluno.uricer.edu.br; 099667@aluno.uricer.edu.br;
(097769@aluno.uricer.edu.br) (097825@aluno.uricer.deu.br) (097773@aluno.uricer.edu.br)
danielebrisotto@uricer.edu.br; rosane@uricer.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* e afetando principalmente os pulmões, embora possa afetar outros órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). No Brasil, a doença é um problema de saúde pública, ligada principalmente a condições sociais. Segundo o Ministério da Saúde a cada ano são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem cerca de 4,5 mil mortes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A tuberculose além de problema de saúde pública, é um agravo de cunho social e necessita de diagnóstico precoce e adequado, pois é um dos pilares mais importantes no controle da doença (SILVA, 2021). Assim, esse trabalho traz informações sobre a doença e a assistência disponibilizada no Sistema Único de Saúde (SUS).

2 METODOLOGIA

Para este trabalho, utilizou-se de revisões da literatura por meio de pesquisa bibliográfica de artigos e outras referências, sobre o "Manejo da tuberculose na atenção básica de saúde" entre os anos de 2015 a 2021 na língua portuguesa e inglesa, nas bases de dados em sites governamentais, SciELO, Pubmed e Google Scholar. Para a pesquisa, foram utilizadas as palavras-chave com enfoque na conduta, diagnóstico, acompanhamento e tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde. Os artigos que não observavam a temática sobre tratamento, diagnóstico e conduta da tuberculose na atenção primária à saúde não foram utilizados na escrita do trabalho.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O *Mycobacterium tuberculosis* é transmitido pela via respiratória, na inalação de aerossóis produzidos pela tosse, fala e espirros de um paciente bacilífero -, pessoa com tuberculose pulmonar ou laríngea com baciloscopia positiva no escarro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; 2021). Pessoas com HIV ou imunodeprimidas, em tratamento imunossupressor e desnutridas possuem maior risco de adoecimento, pois a progressão da doença depende de fatores endógenos, especialmente da integridade do sistema imune (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; Diretrizes da SBPT, 2011). A tuberculose pode ser primária, ocorrendo logo após a infecção, é uma

forma grave com baixo poder de transmissibilidade; ou pós-primária (secundária), em que os bacilos latentes reativam-se após alguns anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A tuberculose miliar diz respeito ao aspecto radiológico pulmonar específico, podendo ocorrer tanto na forma primária quanto na forma secundária da tuberculose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A tuberculose pode manifestar-se sob diferentes formas, sendo elas a forma pulmonar e extrapulmonar. Dessa maneira, pode ter apresentações clínicas diferentes e relacionadas com o órgão acometido. A maioria dos pacientes com tuberculose apresentam tosse persistente seca ou produtiva, febre, emagrecimento e sudorese noturna. Porém, além da tosse prolongada, podem ocorrer outros sinais e sintomas, como dispnéia, dor torácica e cefaléia, que demandam avaliação diagnóstica individual (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2021; KOZAKEVICK, G., 2015). No caso de tosse persistente por mais de três semanas é recomendada a investigação da tuberculose na população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). No caso de tuberculose extrapulmonar, o diagnóstico clínico não é suficiente, sendo necessário a investigação por meio de exames bacteriológicos, moleculares e histopatológicos das amostras clínicas coletadas, além de exames de imagem (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2021).

Um dos exames utilizados na investigação diagnóstica é a baciloscopia do escarro, que é fundamental para o controle e tratamento da tuberculose (BRASIL, 2008). O resultado do exame bacterioscópico positivo confirma a tuberculose ativa em pacientes com quadro clínico suspeitos de tuberculose e sintomáticos respiratórios. A pesquisa de Bacilo Ácido Resistente (BAAR) é um método rápido e de baixo custo (SILVA, 2021; Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2021).

A tuberculose é uma doença curável, sendo importante o acolhimento do paciente no serviço de saúde, desde o diagnóstico até a alta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Essa doença possui como medidas de prevenção: o diagnóstico precoce, o tratamento do paciente até a sua cura, a vacina BCG, que oferece proteção a não infectados para as formas mais graves, e controle de contatos, que são as pessoas que podem ter se contaminado em contato com um paciente bacilífero (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2011). O imunizante atenuado (BCG) deve ser aplicado no primeiro mês de vida em recém-nascidos com peso superior a 2 kg, mas pode ser feita em crianças de 0 a 4 anos, quando não imunizadas anteriormente, de acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose. As medidas de controle na atenção básica visam diminuir a transmissão entre pacientes, e de paciente para profissional da saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2011). A busca ativa dos sintomáticos respiratórios tem sido uma estratégia recomendada para os serviços de saúde, devendo ser realizada permanentemente com colaboração da população, liderança local, escolas, ONGS e entidades religiosas e que fazem parte da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO).

É atribuição do médico, solicitar a baciloscopia para diagnóstico e raio-X de tórax, orientar o paciente quanto à coleta do exame, iniciar acompanhamento clínico mensal e tratamento dos casos com diagnóstico positivo (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2011). O enfermeiro inicia, juntamente com o paciente, o esquema básico de tratamento da tuberculose conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

O paciente deve ser aderente ao tratamento e necessita ser acompanhado pelos profissionais da saúde com intervalos regulares de no máximo 30 dias. Nas consultas mensais é avaliada a adesão ao tratamento, feito monitoramento clínico,

laboratorial e de efeitos adversos. Além disso, é necessário manter controle dos contactantes do paciente, família e sociedade para prevenir novos adoecimentos e diagnosticar precocemente e tratar os enfermos, ampliar atenção para os assintomáticos e também instituir o tratamento da infecção latente, conforme o caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; RABAHI, 2017).

Na atenção básica de saúde, para o manejo dos pacientes com tuberculose, necessita-se da capacitação permanente em saúde dos profissionais, onde são orientados de forma contínua sobre implicações da doença, elaboradas estratégias nas áreas de risco da unidade, nas populações vulneráveis e implementadas medidas de controle, assim como a inserção da pessoa com tuberculose nos diferentes níveis de complexidade nos serviços de saúde (MACEDO, 2016). No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) é responsável por estabelecer diretrizes e protocolos padronizando o tratamento da doença. É esperado que o tratamento aos doentes com tuberculose seja de fácil acesso, minimizando as dificuldades enfrentadas pelo doente para a obtenção do atendimento/tratamento, norteando-se nos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, equidade e universalidade da assistência à saúde.

4 CONCLUSÃO

A tuberculose, doença infecciosa transmitida pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, afeta a população de forma geral. No Brasil, é um problema de saúde pública que serpenteia todas as classes sociais, afetando principalmente as menos favorecidas, atingindo prioritariamente o pulmão, mas não é uma doença específica do órgão, podendo se estabelecer também em outros órgãos. Por esse viés, o Ministério da Saúde recomenda que seja feito um manejo precoce da população que apresenta sintomas sugestivos como: - tosse produtiva ou seca por um período igual ou maior que três semanas, ou ainda, a presença de hemoptise (sangue misturadas ao escarro).

Para o tratamento da tuberculose, o paciente deve ser acompanhado pela Estratégia da Saúde de Família (ESF) e uma equipe multiprofissional composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário da saúde e psicólogo. Para assim, estimular o paciente a aderência ao tratamento e amenizar ou controlar melhor os efeitos colaterais dos medicamentos em uso. As consultas devem ser mensais e regulares do início ao fim do tratamento por um período de 6 meses.

Tendo em vista que a tuberculose é uma doença curável, faz-se necessário um longo acompanhamento e manejo da população de risco, tanto quanto o círculo de convivência do paciente bacilífero e não menos importante, o preparo dos profissionais da área da saúde para acolher e tratar o enfermo e a doença em suas diferentes dimensões pessoal, familiar e social.

REFERÊNCIAS

BERALDO, A.L *et al.* Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients and professionals in a large municipality. Escola Anna Nery, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017. Acesso em: 21 out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional

de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

CONDE, M.B. *et al.* III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.L.], v. 35, n. 10, p. 1018-1048, out. 2009. Acesso em: 11 out. 2021.

KOZAKEVICK, G.; SILVA, R.M. Tuberculose: revisão de literatura. **Arq. Catarin Med**, v. 44, n. 4, p. 34-47, 2015. Acesso em: 23 out. 2021.

MACEDO, S.M. *et al.* Estratégias para capacitação ao cuidado em tuberculose. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 1-8, 2016. Acesso em: 20 out. 2021.

SILVA, D.R. Diagnosis of tuberculosis: a consensus statement from the brazilian thoracic association. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 2, n. 47, p. 1-13, 2021. Acesso em: 20 out. 2021.

RABAHI, M.F.; SILVA JUNIOR, J.L.R.; FERREIRA, A.C.G.; TUNNIS-SILVA, D.G.S.; CONDE, M.B. Tratamento da tuberculose. **J Bras Pneumol**, v. 43, n. 5, p. 472-486, 2017. Acesso em: 24 out. 2021.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO BLW NA INTRODUÇÃO ALIMENTAR

PECINI, Giliane; BOSCHETTI, Vitória Campos; CESARO, Bruna Albiero De; PINHEIRO, Francini Toledo; SILVA, Isadora Cristina da; CHINAZZO, Luciana Korf.

URI Erechim – vitoriacboschetti@gmail.com; brunaalbierodecesaro@gmail.com; gilianepcini@gmail.com; francinitoledo@hotmail.com; isadora_cristina_s@hotmail.com; lucianachinazzo@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de vida, sem a oferta de outros alimentos, porém, após esse período, a Introdução Alimentar (IA) é indicada e deve ser iniciada. Nesse caso, o método *Baby-Led Weaning* (BLW) surge como uma nova forma de alimentar o bebê, partindo do pressuposto de que eles – ao marco do sexto mês – já têm capacidade motora e adequado desenvolvimento para iniciar o consumo de alimentos sólidos em pedaços, com os cuidadores atuando como intermediários na relação protagonizada pelo bebê e seu alimento (RAPLEY; MURKEET, 2008).

Tendo em vista que a alimentação está fortemente associada com o desenvolvimento de doenças no ser humano, o presente estudo tem como objetivo destacar aspectos relacionados a essa estratégia diferenciada de IA, a qual vem sendo cada vez mais popularizada. É na fase infantil que se inicia o cultivo dos hábitos alimentares (ANGELIS, 1995; WINICK, 1989 *apud* RAMOS; STEIN, 2000); diante disso, é preciso incentivar a criança a tê-los de forma saudável e, com este propósito, é essencial que o profissional médico tenha conhecimento dos métodos alimentares que possam culminar nesse estilo de vida.

2 METODOLOGIA

Foram revisados artigos e diretrizes referentes ao método de introdução alimentar *Baby-Led Weaning* (BLW), cujos critérios de seleção se basearam no tema proposto e na sua interação com a proposta deste resumo. As buscas foram realizadas nas bases de dados digitais SciELO, PubMed e Google Acadêmico, além do site da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). As palavras-chave inseridas no campo de pesquisa foram “alimentação complementar”, “*Baby-Led Weaning* (BLW)” e “introdução alimentar”.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O método BLW – do inglês “*Baby-Led Weaning*” – consiste em favorecer a autoalimentação do bebê, potencializando sua autonomia em escolher quando, o que e quanto comer. Os pais são intermediários, com a função de oferecer alimentos saudáveis para que a criança escolha sua própria refeição. Outro pilar do método é desenvolver as habilidades motoras do lactente, experimentando texturas, gostos e

formas durante a alimentação (ARANTES, 2018). Essa abordagem oferece alimentos amolecidos e na sua forma sólida desde o início da alimentação complementar (AC), sem passar pelo estágio pastoso, cortados em forma de bastões ou tiras. Também, não há nenhum tipo de talher: a criança agarra os alimentos e os leva à boca, evoluindo com movimentos de pegar punhados de comida depois pinçá-la.

Ainda, é incentivado que o lactente faça refeições junto da família, oportunizando o seguimento alimentar. A estratégia direciona os pais a perceberem sinais de maturidade da criança – sentar-se sem apoio e levar brinquedos à boca – para iniciar o BLW (RAMOS, 2020). A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o Ministério da Saúde (MS) ainda pregam o método tradicional, com alimentos pastosos e, gradualmente, os sólidos; entretanto, não condenam as novas metodologias de introdução alimentar (IA), orientando que cada família, com auxílio do seu pediatra, busque pelo que melhor se encaixa na rotina familiar, incentivando a alimentação balanceada e saudável, que supra as demandas nutricionais infantis e que seja livre de sal e açúcares, preferencialmente, até os 2 anos de idade (SBP, 2017).

Segundo a SBP, desde o dia em que nascem, os bebês saudáveis regulam sua fome e saciedade, decidindo, por exemplo, sobre o início de sua mamada, a velocidade de sucção e quando encerrá-la. No BLW, o desenvolvimento oral é muito importante, dado que a aquisição dos movimentos voluntários e independentes da língua farão o lactente mastigar. Dessa forma, assim como na amamentação, é preciso aprender a interpretar esses sinais de prontidão – após os seis meses – para se obter sucesso na alimentação complementar, que é o primeiro contato do bebê com outros alimentos, além do leite materno (SILVA, 2013 *apud* RAMOS, 2020), sendo fundamental para suprir as necessidades de ferro, zinco, vitamina A e calorias.

O desmame guiado pelo bebê (BLW), conforme Rapley e Tracey (2008 *apud* SBP, 2017), estimula os pais a confiarem na condição nata que ele tem que se autoalimentar. Para mais, promove a interação entre os membros da casa – pois o bebê participa das refeições – e dele com a comida, já que é incentivada a exploração de diferentes texturas com as mãos, instigando o saber sensorial motor. Estudos apontam que crianças em BLW aperfeiçoam suas sensações de satisfação e escolhem alimentos saudáveis, revelando um IMC – Índice de Massa Corporal – menor (TOWNSEND; PITCHFORD, 2012 *apud* RAMOS, 2020), diminuindo a chance de sobrepeso à medida que evoluem. Brown e Lee (2011 *apud* RAMOS, 2020) também observaram que há menos preocupação materna com relação ao desmame.

Embora essa conduta dietoterápica esteja bastante difundida, principalmente na *internet*, alguns profissionais não a recomendam, alegando existirem questões sem resposta. Eles discutem o real impacto sobre o desenvolvimento, crescimento e hábitos alimentares da criança, a suficiência no aporte de micronutrientes, e a segurança quanto ao engasgo e asfixia (DANIELS *et al.*, 2015; WRIGHT *et al.*, 2011 *apud* SBP, 2017). Um estudo conduzido por Morison e colaboradores (2016 *apud* SBP, 2017), aponta que bebês que adotaram o BLW tiveram maior ingestão de gordura e menor quantidade de ferro, zinco e vitamina B12. Ademais, Wright *et al.* (2011 *apud* RAMOS, 2020) alegam que a comida oferecida em sua forma sólida deve passar por processo de amaciamento, a fim de que a criança consiga se alimentar.

Todavia, certas orientações são comuns entre a abordagem tradicional e o BLW, como o início da AC ser após os seis meses – quando o bebê tem seu sistema

fisioneurológico maduro. Ambas defendem que a criança prove os alimentos em preparações simples, sem muitas variedades, posto que ela está aprendendo sobre novos sabores e texturas (BRASIL, 2013; RAPLEY; MURKETT, 2017). Ao contrário do uso da colher pelo modo clássico, na nova metodologia os alimentos são comidos sólidos, sem o uso de talheres, respeitando a autonomia do bebê (BROWN; LEE, 2013), em virtude da curiosidade e da fase natural de exploração do ambiente que faz com que a criança leve o alimento até a boca (RAPLEY; MURKETT, 2017). Em suma, a IA tradicional centra-se na quantidade de alimento, e não no desenvolvimento de hábitos e atitudes saudáveis, como notado no BLW (RAMOS; STEIN, 2000).

Destarte, em consonância com as atuais recomendações da Organização Mundial da Saúde (ONU), a amamentação com o leite da mãe deve ser realizada exclusivamente e em livre demanda – sempre que o bebê quiser – durante o primeiro semestre de vida; depois, é orientado que ele receba alimentos complementares, contudo, o aleitamento materno também é adjunto nessa atuação, permanecendo contínuo até os dois anos ou mais, uma vez que segue transferindo o maior aporte nutricional, bem como fatores de proteção (WHO, 2005, 2009). Fewtrell e autores (2017 *apud* WEFFORT *et al.*, 2021), por sua vez, salvam que não existem evidências suficientes para afirmar que o método BLW seja a única forma correta de inserir novos alimentos na dieta da criança: a composição do que é oferecido deve conter todos os tipos de nutrientes, mas um teor excessivo de carboidratos, lipídios e proteínas, a saber, pode predispor disfunções crônicas, como obesidade e diabetes tipo 2.

4 CONCLUSÕES

As orientações dietéticas para a introdução alimentar fazem parte das atribuições do pediatra no exercício da puericultura. De igual forma, a adequação da conduta profissional frente às especificidades de cada família é fundamental para o estabelecimento de uma boa interação entre eles, envolvendo confiança e responsabilidade, levando em consideração o alinhamento de pensamentos entre as partes. Assim sendo, no que concerne à escolha da metodologia para a IA, é papel do profissional esclarecer as dúvidas da família quanto aos prós e contras de cada forma de iniciação, e orientar para que esse processo se dê observando o aporte nutricional adequado para o lactente.

Perante o exposto e, atentando para a não preconização pelos órgãos de referência, tais quais MS e SBP, do método *Baby-Led Weaning* isolado como base da alimentação complementar, é digno da atividade médica direcionar, inicialmente, à complementação alimentar tradicional. No entanto, para os que desejarem a introdução do BLW, cabe ao pediatra informar os responsáveis quanto às suas peculiaridades, inclusive do risco de acidentes que podem levar à asfixia da criança. Logo, salienta-se a importância do especialista em se manter atualizado frente às novas técnicas de AC, a fim de saber orientá-las com segurança e fundamentação teórica. Outrossim, visto a constante atualização das recomendações relativas à dieta, vale ressaltar a importância da boa relação médico-paciente, com a coparticipação da família frente às condutas médicas.

REFERÊNCIAS

ARANTES, A.L.A. *et al.* Método Baby-Led Weaning (BLW) no contexto da Alimentação Complementar: uma revisão. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 353-363, jul./set. 2018.

BROWN, A.; LEE, M.D. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. **Pediatric Obesity**, Reino Unido, v. 10, p. 57–66, 2013.

RAMOS, K.L.G.C. *et al.* Impacto do Método BLW (Baby-led weaning) na Alimentação Complementar dos Bebês – Uma Revisão Integrativa. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v.1, jan. 2020.

RAMOS, M.; STEIN, L.M. **Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil**. *Jornal de Pediatria*, v.76, n.3, p. 229-237, 2000.

RAPLEY, G. Are puréed foods justified for infants of 6 months? What does the evidence tell us? **Journal of Health Visiting**, v. 4, n. 6, p.289-295, 2016.

RAPLEY, G.; MURKEET, T. **Baby-led weaning: helping your baby to love good food**. Reino Unido: Vermilion, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-led weaning). Guia Prático de Atualização. **Departamento Científico de Nutrologia**, n. 3, mai. 2017.

WEFFORT, V.R.S. *et al.* Guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Departamentos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial**. São Paulo: SBP, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guiding principles for feeding nonbreastfed children 6-24 months of age. **Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH)**. Geneva, 2005. Disponível em: < <https://bit.ly/3Bej6rM>>. Acesso em: 20 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young feeding: model chapter for medical students and allied health professionals**. Geneva, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2ZkwywQ>. Acesso em: 17 out. 2021.

CONTROLE DA GLICEMIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: uma revisão de literatura



PEZZIN, Laura Skomra; D'AGOSTINI, Eduarda; DEIFELD, Daniel Mews; SOUZA, Bianca Testolin de; DALL'AGNOL, Paulo Roberto.

URI Erechim - bianca_souza_bi@hotmail.com; dmewsdeifeld@gmail.com; eduardadgtn@gmail.com; lauraspezzin@gmail.com; paulodallagnol@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

As variações glicêmicas para valores acima ou abaixo da normalidade em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são muito frequentes e geram grande morbi-mortalidade (SILVA, 2013). Ainda segundo Silva (2013), entretanto, o controle da glicemia, por meio da nutrição enteral, em pacientes críticos é uma pauta que segue em discussão nos protocolos de estabilização do nível de glicose no sangue. Segundo o estudo "Intensive versus Conventional Glucose Control in Critically Ill Patients" (FINFER *et al.*, 2009), tanto a hiperglicemia quanto a hipoglicemia em pacientes críticos pode piorar a evolução e a estabilização fisiológica do paciente, o que requer, também, um olhar específico para as comorbidades, patologias e doenças pré-existentes do ser humano.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi construído mediante revisão de literatura abrangente no que se refere ao controle da glicemia em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Utilizou-se artigos científicos na área das ciências da saúde, nas plataformas SCIELO e Pubmed, em inglês e português, a partir do ano de 2009. Tais materiais apresentam uma análise de resultados da glicemia em um total de 6.104 pacientes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A glicemia nos pacientes enfermos encontra-se elevada, principalmente, pelo aumento endógeno, ou seja, do próprio metabolismo, da produção hepática de glicose. Entretanto, os níveis de glicose também podem aumentar devido ao aporte glicídico em dietas enterais e parenterais, soluções dialíticas e uso de glicocorticóides e de substâncias vasopressoras (SILVA, 2013)

O aumento da produção endógena de glicose se faz por meio da liberação de hormônios contra regulatórios como glucagon, epinefrina, hormônio do crescimento e cortisol, os quais estimulam a gliconeogênese hepática (SILVA, 2013). O estudo de controles glicêmicos em pacientes críticos na UTI demonstra que, além de promover seus efeitos sistêmicos osmóticos e afetar o balanço hídrico dos pacientes, a hiperglicemia aguda, definida como glicemia superior a 200 mg/dl, é capaz de alterar a resposta inflamatória e imune, o que altera a adesão de células inflamatórias, quimiotaxia e fagocitose (SILVA, 2013). Isso resulta em um agravamento da desestabilização no sistema orgânico homeostático do paciente (GUYTON, 2017).

A hiperglicemia é uma alteração comum em pacientes críticos e é atribuída à resposta fisiológica ao trauma (SILVA, 2013). Nas últimas duas décadas, diversos estudos foram realizados a respeito do assunto. Contudo, ainda não há um consenso quanto à melhor forma de controlar a glicemia de pacientes gravemente enfermos. No geral, sabe-se que o objetivo final do controle glicêmico nas Unidades de Terapia Intensiva é evitar a hiperglicemia (>180 mg/dl) (PITROWSKY *et al.*, 2009). A recomendação da Associação Americana de Diabetes (ADA) e da Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos é de um controle que mantenha a glicemia entre 140-180 mg/dl (SILVA, 2013).

O primeiro estudo realizado acerca desse assunto foi um de Van Den Berghe em Leuven (Bélgica), publicado em 2001. Nessa pesquisa, pacientes submetidos ao controle glicêmico rigoroso (80-110 mg/dl) demonstraram menor taxa de disfunções orgânicas e mortalidade em relação aos submetidos ao controle glicêmico convencional (<180 mg/dl). Os benefícios obtidos com esse método de controle glicêmico pareciam não estar relacionados apenas com o nível sérico da glicose, mas também com os efeitos antiinflamatórios da insulina, que diminui a produção de radicais livres, reduzindo a glicotoxicidade e, conseqüentemente, protegendo o metabolismo celular (PITROWSKY *et al.*, 2009).

Sob outro viés, estudos possuem conclusões diferentes no que diz respeito à eficiência dos diferentes métodos de controle glicêmico. O estudo NICE SUGAR não conseguiu mostrar benefício significativo do controle glicêmico rigoroso em detrimento do controle convencional. Pelo contrário, o controle glicêmico estrito foi associado a um maior índice de hipoglicemia, aumentando o risco de eventos adversos leves e graves. O grupo submetido ao controle estrito apresentou glicemia média de 114 mg/dl, enquanto o submetido ao controle convencional apresentou glicemia média de 144 mg/dl (PITROWSKY *et al.*, 2009).

Esse estudo foi realizado em 6.104 pacientes. Dentre eles, 3.054 foram submetidos ao controle de glicemia rigoroso e 3.050 ao controle convencional na Unidade de Terapia Intensiva. O controle da glicose no sangue foi feito com a infusão intravenosa de insulina em solução salina. No grupo designado para controle rigoroso observou-se, após 90 dias da randomização, que 27,5% dos pacientes haviam falecido em comparação com 24,9% no grupo de controle convencional (insulina administrada apenas se o nível sérico de glicose ultrapasse 180 mg/dl), fato que mostra que há menor taxa de mortalidade no controle convencional. Além disso, foram detectados casos de hipoglicemia grave (definida como um nível de glicose no sangue ≤ 40 mg por decilitro) em 6,8% (206) dos pacientes graves submetidos ao controle rigoroso da glicemia (FINFER *et al.*, 2009).

Ainda, no ano de 2020, com a instalação da pandemia da Covid-19, a discussão sobre o controle de glicose em UTIs tornou-se ainda mais relevante, uma vez que a diabetes é uma das comorbidades associadas com piores desfechos da doença, exigindo a implementação de medidas efetivas de controle da glicose nesses pacientes. (BELLIDO, 2020) Com isso, assumiu-se nas unidades de terapia intensiva, ainda segundo Bellido (2020), a recomendação de manter-se a glicose dos pacientes críticos entre 140 e 180 mg/dl, conforme o preconizado pela maioria dos guidelines atuais, assim como metas mais rigorosas com o intervalo entre 110 e 140 mg/dl para pacientes selecionados.

4 CONCLUSÕES

Baseado na leitura de artigos científicos, foi possível inferir que apesar de alguns estudos demonstrarem que pacientes com controle glicêmico rigoroso (80-110 mg/dl) têm, de forma geral, menores taxas de disfunções orgânicas e mortalidade (PITROWSKY *et al.*, 2009), outras pesquisas não mostraram benefício do controle rigoroso em comparação ao controle glicêmico convencional (<180 mg/dl). Além disso, associa-se o controle estrito de glicose ao aumento da hipoglicemia, o que por sua vez, aumenta o risco de eventos adversos em pacientes críticos (FINFER *et al.*, 2009). Por fim, compreende-se que ainda não há um consenso quanto à melhor forma de controlar a glicemia de pacientes gravemente enfermos, ainda que diversos guidelines recomendem a manutenção da glicose entre 140 e 180 mg/dl, é necessário recorrer a maiores pesquisas acerca da temática.

REFERÊNCIAS

- BELLIDO, V.; PÉREZ, A. Inpatient Hyperglycemia Management and COVID-19. **Diabetes Therapy**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 121-132, 5 dez. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s13300-020-00966-z>. Disponível em: https://adisjournals.figshare.com/articles/figure/Inpatient_Hyperglycemia_Management_and_COVID-19/13182836. Acesso em: 21 out. 2021.
- FINFER, S. *et al.* Intensive versus Conventional Glucose Control in Critically Ill Patients. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 360, n. 13, p. 1283-1297, 26 mar. 2009. Massachusetts Medical Society. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0810625>. Acesso em: 15 out. 2021.
- GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- PITROWSKY, M. *et al.* Controle glicêmico em terapia intensiva 2009: sem sustos e sem surpresas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 310-314, ago. 2009. GN1 Genesis Network. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/DGgQrZykN3mmQR5Zdq9hySf/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2021.
- SILVA, W. O. Controle glicêmico em pacientes críticos na UTI. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 47-56, 30 set. 2013. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7530>. Acesso em: 15 out. 2021.

COVID-19 E O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: algumas considerações

**FAHL, Gabriela Bassani; DRUM, Natália Van Riel;
BOURCKHARDT, Taina da Rosa; PAIZ, Fábio.**

URI Erechim – gabi.fahl@hotmail.com; nati_drum@hotmail.com;
taina@vivaldi.net, paiz@doctor.com

1 INTRODUÇÃO

Câncer é um problema de saúde pública crescente no Brasil e no mundo em função da progressiva exposição a fatores de risco e da modificação demográfica – e consequente envelhecimento populacional. A transição epidemiológica também contribui para o aumento da prevalência de neoplasias.

Como na maioria das patologias, o tratamento do câncer é mais eficaz, menos oneroso e acarreta menor morbidade, quando o diagnóstico é feito precocemente. Como as consultas e exames de rotina foram diminuídas ou canceladas no SUS em função da pandemia do COVID-19, especula-se a magnitude do impacto que o atraso no diagnóstico de câncer acarretará para o sistema público de saúde brasileiro.

O objetivo do presente resumo expandido é realizar um levantamento bibliográfico sobre as consequências da paralisação de alguns serviços de saúde, em especial os de diagnóstico, classificação e estadiamento de neoplasias, em função da necessidade de realocar recursos no enfrentamento da pandemia COVID-19.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido foi construído a partir de revisão da literatura publicada nos portais PubMed e Scielo utilizando como filtro as palavras-chave “COVID and CANCER” e “CANCER and DIAGNOSIS”. Foram filtrados os artigos na língua inglesa e com acesso gratuito. Para acesso aos dados demográficos e oncológicos, foram acessadas as plataformas do IBGE e do INCA, respectivamente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Câncer é caracterizado pela “perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas” (INCA, 2011, p. 18). No Brasil, a mortalidade por câncer aumentou nas últimas décadas (de 8,3% para 16,2% nos homens e de 9,1% para 18,3% nas mulheres), sendo a segunda causa de mortes no país. A mortalidade por câncer no Brasil é semelhante à de países de alta renda como EUA, Canadá, Reino Unido e Japão: 90,2/100.000 habitantes no Brasil, 91,0/100.000 nos EUA, 92,8/100.000 no Canadá, 102,6/100.000 no Reino Unido e 85,2/100.000 no Japão (INCA, 2011; REZENDE *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020).

Fator importante para a alta incidência de câncer é a transição demográfica que o país está passando, o que vêm provocando a transição epidemiológica já que as neoplasias ocorrem de forma mais intensa na população idosa. Isso, associado ao processo de urbanização e as mudanças socioeconômicas, alimentares e no

estilo de vida, caracterizam a transição epidemiológica no país. Com isso, é esperado que a ocorrência de doenças infectocontagiosas diminua e a de doenças crônico-degenerativas, como o câncer aumente (CERVI, HERMSDORFF e RIBEIRO, 2005; IBGE, 2021; INCA, 2011; POU *et al.*, 2017; VERAS, 2007).

O tratamento para o câncer é baseado em três pilares: quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Atualmente, a maior parte dos tratamentos é multimodal. A cirurgia primária é fundamental nos casos iniciais, o que permite a remoção da doença e, conseqüentemente, a cura do paciente. Esses casos devem idealmente ser identificados na detecção precoce, na fase inicial de instalação do quadro patológico (INCA, 2011; SIMÕES, 2008; FIGUEIREDO, CORREIA e OLIVEIRA, 2013). Segundo Simões (2008, p. 10) “a cirurgia oncológica está inserida no contexto do tratamento do paciente com câncer desde a biópsia incisional ou excisional para firmar o diagnóstico histológico, passando pelo estadiamento cirúrgico como no câncer de ovário, até as grandes ressecções radicais como as hepatectomias”.

Dados de países desenvolvidos apontam para a queda da mortalidade por câncer devido às políticas e intervenções preventivas, à introdução de rastreamento e aos avanços em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, principalmente quando ocorre a instalação precoce da doença (SILVA *et al.*, 2020). Desde que o COVID-19 direcionou capital financeiro e humano para o seu combate, incluindo ventiladores e leitos em UTI e ambulatórios, muitos casos de câncer deixaram de ser detectados ou tratados, em função do deslocamento de recursos financeiros e humanos para o combate da pandemia. Esses casos serão diagnosticados de forma tardia e, possivelmente, com nível de complexidade aumentado (DUBOIS, 2020).

Modelagens realizadas no Canadá estimam que o atraso em realizar cirurgias de pacientes em alto risco de câncer além de seis semanas pode afetar o desfecho no longo prazo para milhares de pacientes, já que a maioria das cirurgias oncológicas é curativa em estágios iniciais da doença (FINLEY *et al.*, 2020) e, em casos tardios, tem caráter paliativo (SIMÕES, 2008).

No Reino Unido, o rastreio de câncer de mama reduziu 89,2% e o de câncer colorretal, 84,5%. O número de diagnósticos caiu 65,2% (67,1% de melanomas e 46,8% de câncer de pulmão). É estimado um aumento na mortalidade por câncer de mama, em 5 anos, de 7,9 a 9,5%; por câncer colorretal, de 15,3% a 16,6%; e de câncer de pulmão, de 4,8% a 5,3% (MARINGE, 2020).

4 CONCLUSÕES

Conhecer a evolução do câncer e funções das mudanças que vêm ocorrendo nos padrões específicos de risco da realidade local é fundamental para a elaboração de políticas públicas visando o tratamento da população. “Estimar o peso de qualquer doença não é tarefa fácil e uma única medida não consegue capturar definitivamente as múltiplas dimensões que envolvem os contextos dos indivíduos, dos serviços de saúde e da população como um todo” (FIGUEIREDO, CORREIA E OLIVEIRA, 2013, p. 3). Com base na revisão da literatura, sugere-se que seja realizado um estudo estimando, na realidade local, o impacto que a paralisação dos serviços básicos de saúde durante a pandemia do COVID-19 para o rastreio e tratamento dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- DUBOIS, R.N. COVID-19, cancer care and prevention. **Cancer Prev Res (Phila)**, v. 13, n. 11, nov/2020, p. 889-892
- CERVI, A.; HERMSDORFF, H.H.M.; RIBEIRO, R.C.L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 4, 2005, p. 407-418.
- FIGUEIREDO, E.M.A.; CORREIA, M.M.; OLIVEIRA, A.F. **Tratado de Oncologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2013.
- FINLEY, C. *et al.* Guidance for management of cancer surgery during the COVID-19 pandemic. **Can J Surg/J can chir**, v. 63, n.1, p. S2-S4, 2020.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 16 maio 2021.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
- POU, S.A. *et al.* Burden of cancer mortality and differences attributable to demographic aging and risk factors in Argentina, 1986-2011. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, mar/2017.
- REZENDE, L.F. M. *et al.* Proportion of cancer cases and deaths attributable to lifestyle risk factors in Brazil. **Cancer Epidemiology**, v. 59, p. 148-157, 2019.
- SILVA, G.A. *et al.* Mortalidade por câncer nas capitais e no interior do Brasil: uma análise de quatro décadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 126, 2020.
- SIMÕES, J.C. **Câncer**: estadiamento e tratamento. São Paulo: Lemar – Livros e Editora Marina, 2008.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out/2007, p. 2463-2466.
- MARINGE, C. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. **Lancet Oncol**, v. 21, n. 8, ago/2020, p.1023-1034.



CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA NA VIGÊNCIA DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE

**FILHO, Daniel Sarni; NASCIMENTO, Vivianne Amanda do;
ANTONIOLI, Flávia Cesca; BERVIAN, Luca Valandro; ROSA, João Pedro;
SILVA, Gabriel Fernando Weber da; DEMARCO, Bruno Antonio**

URI Erechim - 097811@aluno.uricer.edu.br; 093444@aluno.uricer.edu.br;
099913@aluno.uricer.edu.br; 031186@aluno.uricer.edu.br; 097787@aluno.uricer.edu.br;
095712@aluno.uricer.edu.br; brunodemarco2@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma agressão ao encéfalo causada por uma força física externa, que acarreta comprometimento funcional (BRAGA *et al.* 2014), que, temporária ou permanentemente, incapacita a função cerebral. A craniotomia descompressiva (CD) é uma forma cirúrgica indicada para a redução imediata da pressão intracraniana (PIC) (HAWRYLUK, 2020; FALEIRO, 2014; CARNEY, 2016). Desse modo, essa revisão busca reunir as evidências acerca desse procedimento com relação ao TCE grave.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi elaborado como uma revisão literária abrangente no que se refere a Craniotomia Descompressiva em vigência de TCE grave. Utilizou-se artigos científicos na área das ciências da saúde, nas plataformas SCIELO, Pubmed, Brain Trauma Foundation, em inglês e português, no período de 2009 a 2020.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O traumatismo cranioencefálico (TCE), causado por traumas penetrantes ou lesões por aceleração/desaceleração é uma importante causa de morte no trauma (BAKER, 1980; GOODMAN, 2010; MIRANDA, 2013). A lesão expansiva pode gerar hipertensão intracraniana (HIC), caracterizada por pressão intracraniana (PIC) > 20 mmHg, como resultado de hemorragias, edema cerebral e hidrocefalia (HAWRYLUK *et al.*, 2019). A PIC crescente por TCE grave (escala de coma de Glasgow 3-8) cursa com síndrome compartimental que impede a circulação cerebral, com posterior isquemia, danos incapacitantes e morte (FRUTOS, 2012; HAWRYLUK *et al.* 2020). A diminuição da Pressão de Perfusão Cerebral (CPP) <60-70 mmHg está relacionado com redução da oxigenação cerebral (KAN, 2012). Assim, a craniotomia descompressiva (CD), de acordo com a EBIC faz parte do segundo nível do manejo da HIC refratária às terapêuticas (hiperventilação, terapia barbitúrica e hipotermia terapêutica) (MASS, 1997; LUBILLO, 2011; HAWRYLUK, 2020).

Entre as técnicas utilizadas se encontram a CD bilateral e CD unilateral. São realizadas com incisão Becker (trauma flap) ou em 'T'. Seguido a retirada óssea, procede-se a diérese dural com duroplastia. O osso é armazenado no tecido subcutâneo abdominal, e a cranioplastia deve ser realizada logo que haja diminuição

do abaulamento na área da craniotomia, quanto mais precoce menor o risco de complicações (FALEIRO, 2014).

No geral, não existem indicações amplamente aceitas na CD, não há estudos suficientes para recomendação nível Ia, sendo assim consideradas nível IIa (HAWRYLUK, 2020; CARNEY, 2016). A hemicraniectomia descompressiva é indicada em lesões unilaterais (edema unilateral, contusões, hemorragia subdural ou extradural, desvio de linha média) (MIRANDA, 2013). A CD bifrontal, geralmente é indicada em casos de edema cerebral difuso sem desvio óbvio da linha média, não é recomendada para melhorar resultados do ECG em 6 meses em pacientes com TCE grave e lesão difusa com PIC >20 mmHg por mais de 15 minutos em 1 hora, mas reduz a PIC e os dias em UTI (LI, 2010; CARNEY, et al 2016). A CD frontotemporoparietal (não inferior a 12x 15 cm ou 15 cm de diâmetro) é recomendada para reduzir a mortalidade e melhorar os resultados neurológicos (CARNEY, 2016).

Um estudo realizado em crianças demonstrou resultados promissores a favor da CD. No entanto, o procedimento cirúrgico usado (CD bitemporal sem abertura da dura-máter) não é atualmente considerado como abordagem padrão (LEONES, 2013). Em 2011 o estudo DECRA concluiu que a redução cirúrgica da PIC não resulta necessariamente em melhores resultados para os pacientes e, de fato, parece piorá-los em algumas circunstâncias (COOPER, 2011; SALAZAR, 2013).

As complicações da CD incluem expansão da contusão hemorrágica, surgimento de hematoma subdural contralateral, convulsões, vazamento de líquido, higroma, hidrocefalia, herniação cerebral e infecção (YANG, 2008). Na herniação cerebral a DC com duraplastia aumentativa é útil na prevenção ao invés de manter a dura-máter aberta. O hematoma contralateral está associado à maior morbidade, porém de detecção e intervenção precoce. Tais ocorrências são mais frequentes em paciente com ECG baixo e com idade maior que 60 anos (MIRANDA, 2013; HAWRYLUK, 2020).

Contraindicações à CD incluem pacientes com ECG 3 com pupilas fixas e dilatadas, idade > 65 anos, trauma que impossibilitam sobrevivência maior que 24 horas, doença sistêmica irreversível em curto prazo, HIC incontrolável por mais de 12 horas (além de todas as medidas energéticas), diferença arteriovenosa de O₂ <3,2vol% medida no lado da hemicraniectomia ou PtiO₂ <10 mmHg (pressão tissular cerebral de oxigênio) na área saudável desde a admissão do paciente (LUBILLO *et al.*, 2009). Os pacientes submetidos à CD apresentaram redução da PIC e, conseqüentemente, menor tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva (MIRANDA, 2013). Dependendo da técnica, podem apresentar pontuações piores na escala Extended Glasgow Outcome e maior risco de desfecho desvantajoso em comparação àqueles que receberam tratamento padrão, embora a taxa de mortalidade em 6 meses não varie drasticamente (TAGLIAFERRI *Apud* MIRANDA, 2013). A realização precoce de CD em pacientes com HIC por TCE grave apresentam resultados superiores quando comparados a CD tardia (FALEIRO, 2014).

4 CONCLUSÕES

A CD consiste na retirada de material ósseo da calota craniana para fins terapêuticos, por meio da redução da PIC, evitando, dessa forma, maiores repercussões neurológicas devido à isquemia resultante da compressão do parênquima cerebral edemaciado contra o crânio. Na atualidade, não existem indicações difusamente aceitas sobre as indicações para tal procedimento no

trauma, apesar de haverem achados positivos a seu favor. Reitera-se a necessidade de maiores estudos acerca do tema.

REFERÊNCIAS

BAKER, C.C.; OPPENHEIMER, L.; STEPHENS B.; LEWIS, F.R.; TRUNKEY, D.D. Epidemiology of trauma deaths. **Am J Surg**, v.140(1): 144-50, 1980.

HAWRYLUK, G.W.J.; AGUILERA. S.; BUKI, A. *et al.* A management algorithm for patients with intracranial pressure monitoring: the Seattle International severe traumatic Brain Injury Consensus Conference (SIBICC). **Intensive Care Med.**, v.45, n.12, p.1783-1794, 2019.

GOODMAN, M.D.; MAKLEY, A.T.; LENTSCH, A.B.; BARNES, S.L.; DORLAC, G.R.; DORLAC, W.C. *et al.* Traumatic brain injury and aeromedical evacuation: when is the brain fit to fly? **J Surg Res.**, v.164. n.2, p.286–93, 2010.

SAHUQUILLO, J.; MARTÍNEZ-RICARTE, F.; POCA, M. Decompressive craniectomy in traumatic brain injury after the DECRA trial. Where do we stand?, **Current Opinion in Critical Care**, v.19, n.2, p 101-106, April 2013 . doi: 10.1097/MCC.0b013e32835eba1a

FRUTOS BERNAL, E.; RUBIO GIL, F.J.; MARTÍN CORRAL, J.C.; MARCOS PRIETO, L.A.; GONZÁLEZ ROBLEDO, J. Fatores prognósticos em traumatismo cranioencefálico grave. **Med Intensiva**, 2012.

KAN, E.M.; LING, E.A.; LU, J. Microenvironment changes in leve traumático cerebral lesão. **Brain Res Bull**, v.87, n.4-5, p.359–72, 2012.

LI, L.M.; TIMOFEEV, I.; CZOSNYKA, M.; HUTCHINSON, P.J.A. Artigo de revisão: a abordagem cirúrgica para o manejo do aumento da pressão intracraniana após traumatismo cranioencefálico. **Anesth Analg.**, v.111, n.3, p.736-48, 2010.

MAAS, A.I.; DEARDEN, M.; TEASDALE, G.M. *et al.* Diretrizes EBIC para tratamento de traumatismo cranioencefálico grave em adultos. Consórcio Europeu de Lesões Cerebral. **Acta Neurochir (Wien)**, v.139, n.4, p.286–94, 1997.

LUBILLO, S.; BLANCO, J.; LÓPEZ, P.; MOLINA, I, *et al.* Papel da craniectomia descompressiva em paciente com lesão cerebral. **Med Intensiva**, v.33, n.2, p.74–83, 2009.

CARNEY, N., TOTTEN, A.M., O'REILLY. *et al.* Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury 4th edition. **Brain Trauma Foundation**, v.80, n.1, p.6-15 2016. Disponível em: https://braintrauma.org/uploads/03/12/Guidelines_for_Management_of_Severe_TBI_4th_Edition.pdf.

ALVIS-MIRANDA, H.; CASTELLAR-LEONES, S.M.; MOSCOTE-SALAZAR, L.R. Decompressive Craniectomy and Traumatic Brain Injury: A Review. **Bull Emerg Trauma**, v.1, n.2, p. 60–68, 2013.

FALEIRO, R.M.; MARTINS, L.R.V. Craniotomia Descompressiva Indicações e Técnicas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 24, n.4, p.492-497, 2014.

HAWRYLUK, G.W.J.; RUBIANO, A.M.; TOTTEN, A.M. *et al.* Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury: 2020 Update of the Decompressive Craniectomy Recommendations. **Neurosurgery**, v.87, p.427–434, 2020.

COOPER, D.J.; ROSENFELD, J.V.; MURRAY, L. *et al.* Decompressive craniectomy in diffuse traumatic brain injury. **N Engl J Med.**, v.364, n.6, p.1493-1502, 2011.



CUIDADOS PALIATIVOS: UMA INTERFACE INTERDISCIPLINAR

**TISSIANI, Taciê Hartmann; ARBOIT, Bruna Regina;
DAL PUPO, Jessica; SILVA, Francieli Alves; WILK, Adriana Elisa**

URI Erechim – tacie_tissiani@hotmail.com; brunareginarb@gmail.com ; jehdalpupo@gmail.com;
094826@aluno.uricer.edu.br; adrianawilk@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Segundo a definição dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2002, o conceito de cuidados paliativos trata da abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (ANCP, 2018). Nesse contexto, vale ressaltar que esse conceito demanda de uma equipe multiprofissional que trabalha de forma convergente e harmônica, focando na atenção, do paciente e considerando-o como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento (CARVALHO *et al.* 2018). Tal prática vai de encontro ao cuidado baseado apenas na cura e no controle da doença.

Por conseguinte, o presente trabalho tem por objetivo elucidar, através de uma revisão de literatura a prática adequada dos Cuidados Paliativos levando em consideração atenção individualizada ao doente e à sua família, buscando minimizar a sintomatologia e o sofrimento, assim como a importância da atenção interdisciplinar para esses fins.

2 METODOLOGIA

O delineamento metodológico do trabalho fundamentou-se em uma revisão narrativa de artigos científicos publicados nas bases de dados Scielo e Pubmed, na qual os descritores “cuidados paliativos” foram utilizados na língua portuguesa. Compreendendo o período entre 2007 e 2021, foram selecionados e inclusos os artigos e manuais com conteúdos relevantes e explicativos a respeito do tema e delineamento do trabalho proposto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista patologias incuráveis, corriqueiramente acumulam-se pacientes nos hospitais, recebendo assistência inadequada, ao serem utilizados métodos invasivos e de alta tecnologia, na maioria das vezes vinculados a tentativa já ineficaz de cura. Essas abordagens, que seguidamente são desnecessárias e por vezes exageradas, ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento

adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal e o mais dramático, a dor (CABRAL *et al.*, 2017).

Cuidado paliativo não negligencia a tecnologia, a inovação e o curar. Trata-se da filosofia do cuidar com técnicas específicas e de qualidade que envolvem, sobretudo, o alívio da dor, da falta de ar, da fadiga, de náuseas e demais sintomas, que reduzem drasticamente a qualidade de vida do paciente. Aliado ao alívio dos sintomas mais limitadores, a comunicação e empatia aplicadas com técnicas, além da valorização da espiritualidade e individualidade alicerça uma relação equidade de cuidado de impacto benéfico para o decorrer do curso natural da doença. (ANCP, 2018)

Os cuidados paliativos almejam um atendimento integral (aspectos físicos, mentais, espirituais e sociais), dessa forma, faz-se necessário uma equipe multiprofissional bem articulada (HERMES; LAMARCA, 2013). Segundo Hermes e Lamarca (2013), a equipe de cuidados paliativos seria composta por no mínimo 4 profissionais – assistente social, psicólogo, enfermeiro e médico. Ainda conforme os autores, o assistente social, tem como campo de atuação a identificação do contexto social e biográfico em que o paciente vive e ser uma ponte de comunicação entre equipe de saúde e o paciente. Já o psicólogo, apresenta um papel imprescindível no auxílio da elaboração e do enfrentamento da doença pelo doente e pela família, buscando uma maior qualidade de vida ao amenizar sofrimentos, ansiedades e depressão perante a morte durante todas as etapas do tratamento. Soma-se a isso, o papel do enfermeiro em assistir e elencar cuidados direcionados ao doente que atendam suas necessidades básicas contribuindo com a sobrevivência e promovendo uma morte digna e tranquila. Ademais, o médico atuará no esclarecimento de diagnóstico e prognóstico ao paciente, família e equipe, além de nutrir um olhar empático e afetuoso focado mais intensamente na pessoa do que em sua doença.

Evidencia-se uma lacuna no ensino técnico na comunicação e manejo de pacientes em cuidados paliativos, podendo inclusive gerar distanciamento e não-envolvimento dos profissionais da saúde com seus pacientes, como meio de evitar sofrimento próprio e o constrangimento da atuação em área que lhes é falha a formação.

4 CONCLUSÕES

Foram utilizadas quatro referenciais bibliográficos, dentre eles anais, manuais e artigos científicos. O presente estudo evidenciou que os cuidados paliativos, apesar de serem imprescindíveis e promovam conforto ao paciente, ainda não são abordados na íntegra com as equipes multiprofissionais que desempenham tais funções. Para além disso, ainda pode ser observado o quando as equipes se voltam somente aos atos de cura e não que dimensionam cuidados integrados de empatia, conforto, alívio da dor e de demais sintomas que impedem uma sobrevivência mais digna e sem sofrimento.

Por conseguinte, a forma com que as políticas públicas, as sociedades e os indivíduos respondem às questões relacionadas aos cuidados paliativos, muitas vezes, dependem de suas percepções. Neste sentido, espera-se com a conclusão deste estudo, fortalecer e subsidiar o conhecimento às equipes multiprofissionais para que estas prestem uma assistência de qualidade ao paciente e a seus familiares que enfrentam a terminalidade da vida, bem como ampliar o conhecimento social acerca do tema para que haja maior aceitação e adesão aos cuidados paliativos. Com isso, cada vez mais, os pacientes irão usufruir de um cuidado

integral, pautado na empatia, no olhar de multiprofissionais, no promover conforto, no alívio da dor, dentre outros benefícios, dimensionados tanto pela equipe quanto pela família que acolhe o paciente.

REFERÊNCIAS

CABRAL, H. *et al.* A distanásia e as tecnologias empregadas à saúde no caso “charlie gard”. **Anais do V Colóquio Interdisciplinar de Cognição e Linguagem** [s. l.], v. 1, p. 56–64, 2017.

CARVALHO, R.T.; PARSONS, Henrique Afonseca. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ed. ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

HERMES; LAMARCA. Cuidados paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p.2577-2588, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2007). Cuidados paliativos. Ginebra: **Organización Mundial de la Salud**. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44025>. Acesso em: 20 out. 2021

CURSO COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ARBOIT, Bruna Regina; MARI, Mariana Alievi

URI Erechim – brunareginarb@gmail.com; marianamari@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Comunicar-se é um processo muito mais complexo do que a simples troca de palavras, ela engloba habilidades interpessoais que podem gerar impacto direto na relação de confiança entre paciente e/ou família com o médico e, conseqüentemente, na efetividade de um plano terapêutico sugerido (VOGELL *et al.*, 2019). Conforme pontuado por Croitor (2010), a medicina, durante um longo tempo, teve a objetividade como imperativa na relação médico-paciente, de modo a desconsiderar as emoções e sentimentos como relevantes no cuidado com o doente. Esta, ilustra a herança do “distanciamento cartesiano” do modelo biomédico, o qual possui como foco principal a doença (BARROS, 2002). No entanto, principalmente nas últimas duas décadas, práticas advindas desses conceitos estão sendo contestadas (KABA; SOORIAKUMARAN, 2007). Um reflexo disso são as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014), a qual teve inclusão de conhecimentos biopsicossociais.

Desse modo, a ampliação do olhar para além de uma patologia a ser curada, isto é, para o paciente e seu contexto, ao mesmo tempo que representa um avanço significativo para a prática médica, também revela desafios. Entre eles, encontra-se a comunicação. Estudos apontam benefícios da boa comunicação do médico com seus pacientes: Street, Gordon e Haidet (2007) destacam uma maior satisfação, maior comprometimento e melhora clínica dos pacientes; Matusitza e Speara (2014) revelam a sua importância no processo de compreensão e participação ativa no tratamento por parte de pacientes portadores de doenças crônicas; Bre'dart, Bouleuc e Dolbeault (2005) também incluem o seu papel como importante fator redutor de esgotamento dos próprios profissionais. No entanto, apesar de a comunicação ser central no trabalho médico, pouco ou nenhum treinamento é oferecido durante o curso de medicina (ROSENBERG; MOLHO, 1998). Assim, este trabalho visa apresentar um relato da experiência do curso de Comunicação Médico Paciente que faz parte do estudo de trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado de “Efeitos na Autopercepção no Desempenho em Atendimento Ambulatorial de Estudantes Capacitados em Comunicação na Relação Médico-Paciente”.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o desenvolvimento de uma intervenção – curso comunicação médico-paciente - prevista como TCC de uma graduação em Medicina. O projeto está sendo desenvolvido em uma Universidade Comunitária localizada no Norte do estado do Rio Grande do Sul. O público alvo para a capacitação foi estudantes de medicina em atendimento ambulatorial, totalizando uma população de 110 alunos. O projeto foi apreciado e aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa, contando com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 43845021.3.0000.5351.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O curso comunicação médico-paciente aconteceu no segundo semestre do ano de 2020. A ideia de intervenção surgiu a partir da observação da pesquisadora-acadêmica de desafios comunicativos na atuação dos estudantes de Medicina em suas práticas ambulatoriais. Estas que, apesar de conter excelentes técnicas semiológicas por parte dos acadêmicos, traziam situações nas quais os estudantes eram expostos à vulnerabilidade física, psicológica e social de seus pacientes e que, por vezes, eram pouco preparados para lidar. O curso é parte do estudo que tem como objetivo averiguar os efeitos de uma capacitação em comunicação na relação médico-paciente em estudantes do curso de medicina.

A preparação específica para o curso iniciou em maio de 2020, com a colaboração de dois profissionais: uma psicóloga (e orientadora do TCC) e um médico psiquiatra. Ocorreram duas reuniões em que foram debatidos os temas a serem abordados no curso. A primeira conteve reflexões da pesquisadora-acadêmica sobre o tema comunicação na prática médica, inspirações na bibliografia e idealizações para o curso. O principal livro norteador do curso foi “Comunicação Não-Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais”, de Marshall Rosenberg (2006), o qual embasou a condução da referida capacitação. Após delineamentos iniciais, o segundo encontro serviu para lapidamento de ideias e definição dos papéis dos ministrantes no curso.

As inscrições da capacitação foram gratuitas e exclusivas aos participantes do estudo de TCC, para o Curso Comunicação Médico-Paciente e ocorreram nos dias 08 e 15 de junho. Houve um total de 57 inscritos, sendo que todos haviam respondido, previamente, aos questionários propostos pelo estudo a fim de verificar o impacto que a intervenção terá nos estudantes. O curso em comunicação médico-paciente foi realizado nos dias 17 e 24 de junho de 2021 em um anfiteatro, consoante aos protocolos sanitários preconizados pelo Ministério da Saúde.

O primeiro dia de curso teve como objetivo trabalhar os recursos internos dos estudantes. Inicialmente, foi-lhes apresentado histórias e vídeos ilustrando más práticas de comunicação médico-paciente. Em seguida, foi realizada uma atividade interativa, por meio da plataforma online “Mentimeter”, em que os acadêmicos compartilharam em tempo real seus sentimentos ao assistir àquelas situações. Os sentimentos foram, de modo geral, negativos, como “triste”, “desconfortável”, “raiva”, “agonia”. Após esse momento de sensibilização, foram apresentados a eles os seguintes temas: a arte de escutar, autoconhecimento, identificação dos próprios limites, fenômenos de transferência e contratransferência, mecanismos de defesa, adequação da linguagem e estratégias para dar e lidar com más notícias. Ainda, foi-lhes introduzido a técnica de Comunicação Não-Violenta (CNV), que conta com quatro passos: observação, sentimento, necessidade e pedido.

No segundo dia de curso, com a intenção de exemplificar aos alunos a capacidade humana de praticar e treinar a empatia, foi realizada uma atividade de neuroestimulação com músicas clássicas, com base no artigo científico “Trait Empathy Shapes Neural Responses Toward Sad Music”, de Taruff et al (2021). A partir disto, foram esmiuçados os seguintes temas: fisiologia da empatia, tipos de empatia e compaixão. Por fim, foram debatidos conceitos da CNV.

4 CONCLUSÕES

O curso “Comunicação médico-paciente” apresenta grande potencial de contribuição da prática médica ao promover uma intervenção baseada em evidências da neurociência e na prática humanizada e integral preconizada pelo SUS, ao tempo em que é de baixo custo e de fácil replicabilidade. Esta capacitação promove o aprimoramento de habilidades comunicativas e sociais dos futuros médicos, além de visar ganhos consequentes, como pacientes mais satisfeitos. Assim, este relato de experiência favorece inspirações de cursos, semelhantes ao descrito, para novas, aprimoradas - e necessárias - intervenções na área de educação médica.

REFERÊNCIAS

- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. v.11, n.1, p.67-84, 2002.
- BOULEUC, C.; DOLBEAULT, S; BRE'DART, A. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. **Current Opinion in Oncology**. v.17, p.351-354, 2005
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.
- HESSE, C; RAUSCHER, E.A. The Relationships Between Doctor-Patient Affectionate Communication and Patient Perceptions and Outcomes. **Health Communication**., v.19, n.8, p. 881-891, 2019.
- KABA, R; SOORIAKUMARAN, P. The evolution of the doctor-patient relationship. **International Journal of Surgery**. v.5, n.1, p. 57-65, 2007.
- MATUSITZ, J.; SPEAR, J. Effective doctor-patient communication: An updated examination. **Social Work in Public Health**, v.29, n.3, p. 252-266, 2014.
- ROSERBERG, M.B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. São Paulo: Ágora, 2006.
- ROSENBERG, M; MOLHO, P. Nonviolent (empathic) communication for health care providers. **Hemophilia**. v.4, p 335-340, 1998.
- STREET, R.L; GORDON, H.; HAIDET, P. Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?. **Social Science and Medicine**, v.65, n.3, p 586-598, 2007.
- TARUFF, L. *et al.* Trait Empathy Shapes Neural Responses Toward Sad Music., **Cogn Affect Behav Neurosci**, v.21, n.1, p. 231-241, 2021.



VOGEL, K.P. Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.43, n.1, p 314-321, 2019.

DENERVAÇÃO DA ATIVIDADE SIMPÁTICA RENAL POR CATETER: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

**DAL PRÁ, Lucas Maciel; SOUZA, Bianca Testolin de;
FAHL, Celio Friedhold; CAMERA, Rafael.**

URI Erechim – lucasdalpra57@gmail.com; bianca_souza_bi@hotmail.com; celio.fahl@hotmail.com;
rafaelcamera@cardiol.br.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) caracteriza-se como um problema de saúde pública, sendo uma condição crônica em que os níveis pressóricos permanecem elevados em ≥ 140 e/ou 90 mmHg. A HAS tem forte relação com a ocorrência de doenças cardiovasculares, fatores que acarretam em mortalidade e morbidade. (FIGUEIRINHA *et al.*, 2017). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a prevalência de HAS em brasileiros, atualmente, é estimada em 30%. Nesse sentido, o tratamento da HAS é feito com fármacos anti-hipertensivos, porém alguns pacientes não respondem da forma terapêutica esperada com o tratamento farmacológico e manifestam a hipertensão arterial resistente (HAR). Recentemente, desenvolveu-se a técnica de denervação da atividade simpática renal (DSR), visando reduzir a atividade nervosa do plexo simpático renal, por meio do uso de um cateter de ablação com radiofrequência nas artérias renais. A presente revisão de literatura busca mostrar a eficácia ou não eficácia da DSR.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi construído a partir de uma criteriosa revisão de literatura realizada por meio da análise de artigos relacionados ao tema da denervação da atividade simpática renal por cateter. Foram utilizadas as plataformas indexadas de busca: Scielo, Pubmed e Google Acadêmico. Os critérios de inclusão das pesquisas foram a alta capacidade de extrapolação e a grande relevância do periódico de publicação, além de estarem no topo da pirâmide de evidências.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A HAR é um quadro clínico caracterizado pela manutenção de uma pressão arterial (PA) acima dos níveis recomendados, mesmo com o uso de três anti-hipertensivos de diferentes classes, em correta posologia e comprovada adesão, incluindo um bloqueador do sistema renina-angiotensina, um bloqueador dos canais de cálcio de ação prolongada e um diurético tiazídico de longa ação. Diante de tal desafio terapêutico, a utilização de ablação da atividade simpática renal mostrou-se como uma alternativa adjunta viável na busca por controle da HAR, uma vez que esta está associada a uma alta morbimortalidade cardiovascular, com um risco 47% maior para eventos cardiovasculares em comparação com hipertensos em geral (YUGAR-TOLEDO *et al.*, 2020, p. 580-1).

A denervação simpática renal (DSR) por cateter de ablação reduz a atividade eferente renal, com conseqüente aumento do fluxo sanguíneo renal, diminuição da ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e da retenção de água, e

também da atividade aferente renal que, através de sinais cerebrais, diminui ação simpática sobre coração e vasos (SCHMIEDER *apud* YUGAR-TOLEDO *et al.*, 2020, p. 591).

Até o ano de 2014, o estudo mais relevante sobre a temática era o Symplicity HTN-2, multicêntrico e randomizado, onde 106 pacientes com HAR foram randomizados para DSR por ablação com cateter, associada à terapia farmacológica, ou para tratamento medicamentoso otimizado. Neste estudo, publicado em 2010, a conclusão encontrada nos testes indicava a DSR como uma alternativa segura para reduzir substancialmente a pressão arterial em pacientes resistentes ao tratamento (ESLER *et al.*, 2010, p. 1903). Entretanto, estudos publicados recentemente descartam-a como uma alternativa amplamente utilizada.

O estudo Symplicity HTN-3, de 2014, multicêntrico e randomizado, analisou 535 pacientes com HAR, randomizados para DSR com cateter (n = 364) ou procedimento placebo (angiografia renal; n = 171). A randomização foi estratificada conforme o centro de estudo e a raça dos pacientes (afro-americano ou não afro-americano). Após 6 meses, a investigação relata o fracasso da terapêutica, uma vez que o grupo submetido à placebo obteve melhores resultados clínicos na comparação - o que pode ser explicado, em partes, por possíveis mudanças no comportamento do grupo (apesar da adesão terapêutica auto-referida) ou alterações na prescrição medicamentosa durante o estudo (KANDZARI *et al.*, 2014, p. 219).

Uma revisão sistemática e metanálise de 15 estudos randomizados - todos possuindo duração superior a 6 meses e comparação entre denervação renal e procedimentos placebo ou terapia medicamentosa otimizada - não demonstrou benefício significativo da denervação renal no controle da HAR, mas confirmou a segurança do procedimento com base na função renal após 6 meses de avaliação. O insucesso pode ser explicado, em parte, por conta de divergências analíticas e desenhos diferentes de estudos, modificando a avaliação dos grupos de controle e dos grupos submetidos ao tratamento, uma vez que não há um padrão comum de análise, afetando os resultados obtidos (AGASTHI *et al.*, 2019).

Diante de tais evidências clínicas, a SBC indica a DSR como um tratamento alternativo apenas em pacientes com HAR não controlada (HAR-NC), a qual é definida como PA mantida acima do nível desejado (140/90 mmHg), apesar do uso concomitante de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos de diferentes classes e um quarto fármaco, que geralmente é um antagonista do receptor mineralocorticoide ou um bloqueador simpático central (YUGAR-TOLEDO *et al.*, 2020, p. 580). De acordo com as orientações publicadas em 2020, a utilização deve ser considerada apenas para pacientes com HAR-NC com tratamento otimizado e adesão comprovada ou com importantes efeitos adversos oriundos das medicações.

A Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH), por outro lado, publicou seu novo posicionamento em 2021, onde a DSR é descrita como uma terceira opção de tratamento importante e inovadora após a análise de um conjunto de novos ensaios clínicos randomizados, os quais favorecem o procedimento, caracterizando-o como eficaz para reduzir ou interromper os sinais sinápticos renais e na diminuição da atividade simpática de todo o organismo. A eficácia é visível tanto em pacientes com medicação anti-hipertensiva concomitante, quanto em pacientes sem tratamento farmacológico. A metanálise demonstra uma redução de 10 mmHg na PA e uma diminuição de 25 a 30% na incidência de eventos cardiovasculares, quando a DSR é associada ao tratamento farmacológico. O posicionamento também ressalta a importância de o procedimento ser realizado de forma adequada e com seleção de pacientes, em um processo de decisão compartilhada (SCHMIEDER *et al.*, 2021).

4 CONCLUSÕES

Os estudos analisados demonstram que ainda não há consenso quanto ao uso do procedimento de DSR dentro da comunidade científica internacional, mesmo no comparativo de pesquisas com alto potencial de extrapolação e grande qualidade. É de suma importância que a tomada de decisão acerca do tratamento seja em uma perspectiva integral de benefício ao paciente, diante de seu quadro clínico, à sombra da plena explicação dos benefícios, riscos e da evidência científica disponível, visando que o próprio paciente seja parte ativa no itinerário terapêutico.

REFERÊNCIAS

AGASTHI, P. *et al.* Renal Denervation for Resistant Hypertension in the contemporary era: a systematic review and meta-analysis. **Scientific Reports**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1-9, 17 abr. 2019. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-42695-9>. Acesso em: 08 out. 2021.

ESLER, M.D. *et al.* Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (The Symplicity HTN-2 Trial): a randomised controlled trial. **The Lancet**, [S.L.], v. 376, n. 9756, p. 1903-9, 4 dez. 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610620399?via%3Dihub>. Acesso em: 08 out. 2021.

FIGUEIRINHA, F. *et al.* Hipertensão arterial em pré-adolescentes e adolescentes de Petrópolis: prevalência e correlação com sobrepeso e obesidade. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 3, p. 243-250, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ijcs/a/DyC5sJD53bqnbyhhDY8xqVt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 08 out. 2021.

KANDZARI, D.E. *et al.* Predictors of blood pressure response in the SYMPPLICITY HTN-3 trial. **European Heart Journal**, [S.L.], v. 36, n. 4, p. 219-227, 16 nov. 2014. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/36/4/219/2293381?login=true>. Acesso em: 08 nov. 2021.

SCHMIEDER, R.E. *et al.* European Society of Hypertension position paper on renal denervation 2021. **Journal Of Hypertension**, [S.L.], v. 39, n. 9, p. 1733-1741, 13 jul. 2021. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261957/>. Acesso em: 08 out. 2021.

YUGAR-TOLEDO, J.C. *et al.* Posicionamento Brasileiro sobre Hipertensão Arterial Resistente – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 114, n. 3, p. 576-596, jun. 2020. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/VPLJjnTp9GQ6Fjjv6vYBdRP/?lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2021.

DERMATITE ATÓPICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

**RAMBO, Ediane Maiara; CADORE, Simone Reghelin;
GRAEFF, Jaqueline Buaes.**

URI – Erechim - edi.rambo@hotmail.com; simonecadore1902@gmail.com; dermojaque@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, sendo responsável por diversas funções, entre elas proteger contra os agentes agressores externos e fazer trocas fisiológicas essenciais. Por meio dela, é possível que ocorram manifestações clínicas, as quais podem ter relações psíquicas relacionadas às doenças de pele que ainda não foram conceituadas por completo as suas causas, como é o caso da dermatite atópica (FONTES NETO, 2005).

A dermatite atópica é caracterizada por ser uma doença inflamatória cutânea crônica, de caráter genético, com presença de episódios recorrentes de eczema associado a prurido, que ocorre principalmente na infância, no entanto alguns casos ocorrem na vida adulta. Os episódios podem estar, casualmente, associados a outras formas de doenças alérgicas, como asma, rinite alérgica ou conjuntivite, embora essas não precisem ocorrer simultaneamente (ALVARENGA; CALDEIRA, 2009).

De acordo com o ponto de vista epidemiológico, a dermatite atópica é considerada uma das dermatoses inflamatórias mais frequentes na infância. (ADDOR; AOKI, 2010). Segundo estudos, das crianças que a desenvolvem, cerca de 60% das manifestações ocorrem até o primeiro ano de vida, embora ela possa se manifestar em qualquer período da vida (ANTUNES *et al.*, 2017). Desse modo, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica, a fim de aprimorar os conhecimentos acerca da doença e dos impactos da dermatite atópica, por se tratar de uma doença inflamatória crônica que atinge, principalmente, os pacientes pediátricos.

2 METODOLOGIA

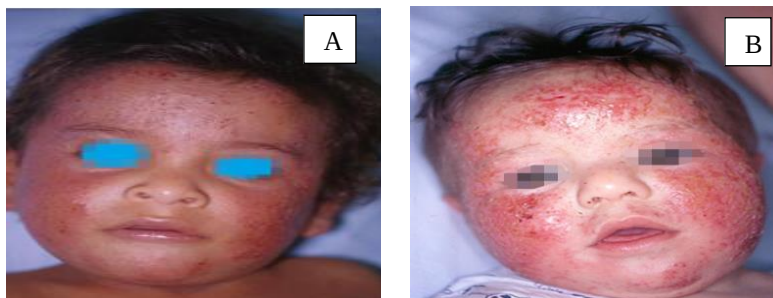
Tendo em vista os impactos causados pela dermatite atópica na sociedade, o método de pesquisa utilizado trata-se de uma revisão de literatura baseada em artigos científicos encontrados nas plataformas digitais de estudo SCIELO, Google Acadêmico e site da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Para a pesquisa, foram utilizadas palavras-chave, (tais como: dermatite atópica, causas da dermatite atópica, dermatite atópica em pacientes pediátricos, incidência de dermatite atópica) para direcionar a pesquisa dentro dos últimos 15 anos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dermatite atópica (DA) é uma doença cutânea com curso crônico, intermitente, multifatorial que afeta principalmente pacientes pediátricos (CAMPOS,

2017). Essa patologia se manifesta clinicamente por eczema, geralmente associado com prurido, na fase aguda esse eczema está indefinido e apresenta vesículas, já na fase crônica ocorre definição do eritema, visível em placa descamativa e liquenificada, exemplificadas pela Figura 01 (ANTUNES *et al.*, 2017). Além disso, apresenta um quadro clínico variável, conforme a fase da doença: fase infantil (3 meses a 2 anos de idade), fase pré-puberal (2 a 12 anos de idade), fase adulta (a partir de 12 anos de idade) segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Figura 01: A: representa lesões eritematosas com pápulas e vesículas na face, e B: lesões eritematosas, com exsudação e crostas na face.



Fonte: Adaptado DE Carvalho (2017)

A etiopatogenia da DA é baseada em dois mecanismos, o primeiro ocorre pelo desequilíbrio na barreira epidérmica e por agentes ambientais, onde esse desequilíbrio possibilita a ruptura da contenção mecânica celular da pele (camada córnea, componente lipídico e Ph), o que facilita a agressão da pele por substâncias externas promovendo reação inflamatória. O segundo mecanismo envolve manifestações genéticas e imunológicas, as quais promovem reações por hipersensibilidade e reações imunes mediadas por linfócitos Th2 que secretam interleucinas relacionadas com a síntese de IgE, com o objetivo de conter o agente etiológico da inflamação em ambos os mecanismos (ANTUNES *et al.*, 2017; SILVA, 2018).

A DA sofre influência de fatores de risco como a exposição a substâncias químicas e alérgenos desencadeadores de prurido e/ou outra resposta de característica inflamatória, alterações climáticas (temperatura e poluição), dieta, genética (alteração no gene como filagrina-2 (FLG2), por exemplo). Ainda existem fatores desencadeantes de origem infecciosa (*Staphylococcus aureus*), alérgenos alimentares, aerossóis, hipersensibilização de autoantígenos, desequilíbrio emocional, entre outros (ANTUNES *et al.*, 2017).

O diagnóstico da doença é feito com base na anamnese e na avaliação clínica das lesões eczematosas e pruriginosas dentro de um período de tempo, isso permite inferir a gravidade e o manejo terapêutico. O tratamento envolve a hidratação, a fim de contribuir para a manutenção da integridade da epiderme, formar biofilme protetor contra substâncias potencialmente agressoras, reduzir o prurido e controle da inflamação com medicamentos à base de corticóide de uso tópico e imunossuppressores tópicos, utilizados de acordo com a necessidade de cada paciente (CARVALHO *et al.*, 2017). O uso de anti-histamínicos via oral também é indicado para auxiliar na diminuição do prurido causado pela doença, de acordo com a SBD.

Por fim, o impacto na qualidade de vida dos pacientes com DA está diretamente relacionado com a gravidade da manifestação da doença. Além de questões estéticas que podem ferir a autoestima, o prurido causa distúrbios do sono, irritabilidade, o que pode comprometer o desenvolvimento, o rendimento escolar e/ou laboral (CAMPOS, 2017).

4 CONCLUSÕES

A dermatite atópica é uma doença inflamatória cutânea crônica que afeta a qualidade de vida e o bem-estar social dos indivíduos devido às suas manifestações clínicas e, usualmente, está relacionada a fatores biológicos, emocionais e psíquicos. Frente a isso deve receber uma atenção maior, principalmente, nos pacientes pediátricos. Até o momento não se sabe de fato as suas causas, mas alguns fatores podem agravar ou desencadear a dermatite atópica como o desequilíbrio na barreira epidérmica e os agentes ambientais, assim como influência de fatores de risco como a exposição a substâncias químicas e alérgenos. Desse modo, o seu diagnóstico deve ser precoce e preciso para que o tratamento seja iniciado e os possíveis fatores desencadeadores da doença sejam afastados. Com isso, é possível diminuir os impactos na qualidade de vida dos pacientes acometidos pela dermatite atópica.

REFERÊNCIAS

ADDOR, F.A.S.; AOKI, V. Barreira cutânea na dermatite atópica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, p. 184-194. 2010.

ALVARENGA, T.M.M.; CALDEIRA, A. P. **Qualidade de vida em pacientes pediátricos com dermatite atópica**. *Jornal de Pediatria*, v. 85, p. 415-420. 2009.

ANTUNES, A.A.; SOLÉ, D.; CARVALHO, V.O.; BAU, A.E.K.; KUSCHNIR, F.C.; MALLOZI, M.C. *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. **Arq Asma Alerg Immunol**, v.1, n.2, p.131-156, 2017.

CAMPOS, A.L. *et al.* Impacto da dermatite atópica na qualidade de vida de pacientes pediátricos e seus responsáveis. **Revista Paulista de Pediatria**, v.35, p.1, p.5-10, 2017.

CARVALHO, V.O.; SOLÉ, D.; ANTUNES, A.A.; BAU, A.E.K.; KUSCHNIR, F.C.; MALLOZI, M.C. *et al.* Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte II: abordagem terapêutica. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Arq Asma Alerg Immunol.**, v.1, n.2, p.157-182, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Dermatite atópica**. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/dermatite-atopica/59/>. Acesso em: 22 out. 2021.

FONTES, N.; PAULO, T.L. *et al.* Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, p. 279-291, 2005.

SILVA, C. M. R.; Dermatite atópica: revisão do manejo clínico. Centro de Inovação Unimed-BH. **Arq Asma Alerg Imunol**, v.1, n.2, p. 131-156, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3pt6ta5>. Acesso em: 22 out. 2021.



DESAFIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS FRENTE A PANDEMIA DO COVID-19

**ADAMI, Gabriela Dias; PEREIRA, Débora Alves; FAHL, Gabriela Bassani;
RIZZATTO, Gabriele; KIELEK, Natalia Demarco; DRUM, Natália van Riel;
SIRENA, Nathália Santin; ZORZI, Nathali Trevisan; MENIN, Vitor Gabriel;
Adriana Elisa Wilk.**

URI Erechim – 095306@aluno.uricer.edu.br ; debora.ap@hotmail.com, gabi.fahl@hotmail.com,
rizzattogabriele@gmail.com, 099535@aluno.uricer.edu.br, nati_drum@hotmail.com,
095363@aluno.uricer.edu.br, zorzinathali@gmail.com, vitormeniinn21@hotmail.com,
adrianawilk@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) envolvem uma abordagem ampla, a ser oferecida juntamente com o tratamento padrão, no sentido de controle de sintomas, conforto e qualidade de vida. Devem ser oferecidos a todos pacientes (e familiares) acometidos por uma doença que ameace a vida (ANCP, 2020)

Diante do cenário deflagrado pela pandemia do COVID-19, evidenciou-se ser de grande importância a implementação e manutenção dos CP, dado o avanço diário do número de mortos (JANSSEN *et al.*, 2020). Entretanto, por características próprias da infecção pelo coronavírus, promover um cuidado de qualidade durante a pandemia mostrou-se desafiador de forma global, por fatores que incluem questões da gestão em saúde e estratégias de contingência, como a demanda por leitos hospitalares superior à oferta de vagas (SHEAHAN, 2020). Além disso, alguns pacientes apresentam uma evolução clínica rapidamente desfavorável, e devem ser mantidos em isolamento, com acesso restrito dos familiares (JANSSEN *et al.*, 2020).

Embora os princípios subjacentes dos CP não mudaram, os desafios específicos da COVID-19 requerem orientação específica. O objetivo deste artigo foi desenvolver uma revisão narrativa orientada em cuidados paliativos em pacientes com COVID-19 (JANSSEN *et al.*, 2020).

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste resumo narrativo foi realizada uma revisão bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, a respeito dos cuidados paliativos na pandemia do COVID-19. Utilizou-se como base para a elaboração artigos da plataforma Pubmed compreendidos entre os anos de 2020 e 2021; o descritor utilizado para pesquisa foi “covid 19 and palliative care”, e os artigos selecionados encontravam-se em língua inglesa.

Palavras-chave: cuidados paliativos, COVID-19, pandemia, desafios.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os CP se aplicam no contexto da pandemia, de modo que a abordagem dos profissionais da saúde possa diminuir o sofrimento resultante do COVID-19. Dois princípios fundamentais se fazem relevantes: não abandonar o paciente e promover

o cuidado individualizado, considerando-o em sua completa particularidade, o que se relaciona com sua autonomia e suas crenças (SHEAHAN, 2020).

A maioria dos pacientes graves com COVID-19 se beneficiam dos CP devido à grande carga de sintomas que agravam os quadros, e à necessidade de comunicação clara e humanizada. Ademais, por causa do potencial para uma rápida deterioração, as decisões precisam ser tomadas rapidamente, e os planos de tratamento precisam ser seguros e efetivos. (FUSI-SCHIMIDHAUSER *et al.*, 2020).

No cenário brasileiro, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) elaborou, em conjunto com o Conselho Federal de Medicina (CFM), uma diretriz que orienta como proceder nesse momento de pandemia. O documento prevê seis princípios fundamentais para manter o atendimento nos CP em tal situação: a proteção contra danos, a proporcionalidade, o dever de cuidar, a reciprocidade, a equidade e a confiança. A diretriz também orienta os profissionais de saúde para atendimentos de CP aos indivíduos afetados pela COVID-19, assim como a importância de respaldar o manejo dos pacientes em protocolos oficiais (ANCP, 2020)

Nesse contexto, o controle dos sintomas deve ser promovido dentro da lógica dos cuidados individualizados. A nível hospitalar, além da sabida necessidade de isolamento social de infectados imposta pela pandemia, um outro grande desafio foi manejar situações de sedação devido à escassez de fármacos como o midazolam. Alternativas foram buscadas, como o uso de diazepam, clorpromazina e levopromazina, consistindo em uma ação estratégica pontual (ANCP, 2020).

Para pacientes em CP a nível domiciliar, é de grande valia o uso da telemedicina, situação inovadora, autorizada pelo Conselho Federal de Medicina dada a excepcionalidade da situação ora vivida. Desta forma, pacientes que já vinham em CP antes da pandemia, tiveram a possibilidade de manutenção da devida atenção de forma remota, bem como agilizando a eventual identificação de caso suspeito para infecção por COVID-19 (ANCP, 2020)

Apesar do controle dos sintomas, entretanto, a vivência da morte faz parte dos cuidados do paciente paliativo e de seus familiares. Soma-se a isso o fato de que o relacionamento com o luto foi alterado pela realidade de distanciamento social que a pandemia trouxe consigo. Assim, o luto antecipatório tornou-se um sentimento comunitário, e as relações com a morte foram modificadas. Esse contexto, associado ao isolamento social, impacta potencialmente para que ocorra um luto complicado, com sentimentos de angústia e incerteza (WALLACE *et al.*, 2020).

Por mais que as equipes de saúde tentem fornecer conforto no momento da morte, outra problemática enfrentada é a ausência de líderes ou representantes espirituais, fato que reforça o abandono do paciente afastado do convívio social em seus momentos finais. A ausência desses personagens em equipes de CP se estende para os familiares dos pacientes, que muitas vezes tem que lidar com o luto sem poder velar seus entes queridos (FERRELL, *et al.*, 2020).

4 CONCLUSÕES

É notável a importância dos cuidados paliativos na realidade de pacientes fora de possibilidades terapêuticas infectados com COVID-19, de modo a oferecer gerenciamento de sintomas, apoio ao momento de luto e cuidado espiritual. Para tanto, faz-se necessário o fortalecimento da credibilidade dos médicos especialistas na área como parceiros úteis em crises, e que estarão disponíveis para equipes que

cuidam de pacientes gravemente doentes, independentemente de expectativa de vida.

Além disso, reforça-se a necessidade da promoção de novas habilidades e experiências à equipe multidisciplinar de atenção ao paciente, como a comunicação de qualidade, o planejamento de CP antecipado em conjunto com o manejo adequado das manifestações clínicas da doença de base e o autocuidado dos profissionais que compõe a equipe.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre Covid-19**, 2020. Disponível em: <https://paliativo.org.br/posicionamento-diretoria-an-cuidados-paliativos-covid19>. Acesso em: 22 out. 2021.

FERRELL, Betty R.; HANDZO, George; PICCHI, Tina; PUCHALSKI Christina; ROSA, William E. The Urgency of Spiritual Care: COVID-19 and the Critical Need for Whole-Person Palliation. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.60, n.3, p. e7-e11, 2020.

FUSI-SCHMIDHAUSER, Tanja; PRESTON Nancy J.; KELLER, Nikola; GAMONDI Claudia. Conservative Management of COVID-19 Patients—Emergency Palliative Care in Action. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.60, n.1, p. e27-e30, 2020.

JANSSEN, Daisy J. A.; EKSTRÖM, Magnus; CURROW, David C.; JOHNSON, Miriam J.; MADDOCKS, Mathew; SIMONDS, Anita K.; TONIA, Thomy; MARSAA, Kristoffer. COVID-19: guidance on palliative care from a European Respiratory Society international task force. **European Respiratory Journal**, 2020.

OFÍCIO CFM nº 1756/2020 – COJUR. Conselho Federal de Medicina, 2020. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em: 24 out. 2021.

SHEAHAN, Linda; BRENNAN, Frank. **What Matters? Palliative Care, Ethics, and the COVID-19 Pandemic**: Journal of Bioethical Inquiry, 2020.

WALLACE, Cara L.; WLADKOWSKI, Stephanie P.; GIBSON, Allison; WHITE, Patrick. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.60, n.1, p.e70-e76, 2020.

DIETA MEDITERRÂNEA E INCIDÊNCIA DE CÂNCER

MACHADO, Laura Vieira; ADAMI, Gabriela Dias; BARUFFI, Ana Julia; BUDKE, Tamiris; PECINI, Giliane; RAMBO, Ediane Maiara; WILK, Adriana.

URI Erechim – lauramv133@gmail.com; gabiaad60@hotmail.com; anajulia.baruffi@hotmail.com; tamirisbudke9@gmail.com; gilianepecini@gmail.com; edi.rambo@hotmail.com; adrianawilk@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer (CA) é a segunda causa de morte no mundo, após as doenças cardiovasculares. Em conformidade com Brandhorst e Longo (2016), a longevidade populacional tende a sustentar o ritmo de incidência da doença. Além disso, muitos fatores de risco e o próprio estilo de vida estão associados às doenças malignas, tais como tabagismo, alcoolismo, exposição a substâncias químicas, taxa de gordura corporal, sedentarismo e o padrão alimentar da população (MENTELLA *et al.*, 2019).

A Dieta Mediterrânea (DM), vista pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) como Patrimônio Cultural Imaterial da Humanidade desde 2010, é tradicional na França, Itália, Grécia, Espanha e Marrocos (DI DANIELE *et al.*, 2016), ligada à menor incidência de CA nessas regiões. Além de incluir frutas, vegetais, peixes e cereais, e diminuir o consumo de carne vermelha, doces e gorduras animais, a DM também envolve o preparo dos alimentos, o exercício físico, o meio ambiente e as relações sociais (MENTELLA *et al.*, 2019).

Ao passo em que a taxa de ocorrência da doença cresce, padrões dietéticos são amplamente discutidos como meios potenciais de melhoria da saúde e prevenção do CA (KLEMENT; PAZIENZA, 2019). Logo, é relevante que a associação entre a DM e o câncer seja estudada, uma vez observada a significância dessa doença. O presente trabalho anseia, por meio de fundamentação bibliográfica, compreender e apresentar os mecanismos que estabelecem uma relação entre essa dieta e a redução na incidência de câncer, pois a alta carga dessa doença implica em problema de saúde pública, necessitando de estratégias de enfrentamento.

2 METODOLOGIA

Este resumo expandido é uma revisão bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, sobre a relação entre a Dieta Mediterrânea e o risco de desenvolver câncer. Houve a seleção dos principais artigos da última década encontrados nas bases de dados PubMed, Google Acadêmico, ResearchGate e Springerlink, e nos periódicos *Nutrients* e *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. Para a pesquisa, foram usadas as palavras-chave “dieta mediterrânea” e “câncer”.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O modo de preparação e o alto consumo de frutas, vegetais, cereais e peixe; a baixa ingestão de carnes vermelhas, doces, alimentos ultraprocessados e gorduras

animais, bem como o convívio social, a prática de exercício físico e o cuidado com o meio ambiente, fazem parte do estilo de vida que cerca a aderência da Dieta Mediterrânea (MENTELLA *et al.*, 2019). Pesquisas de longa data estabeleceram relação entre adesão da dieta e redução da ocorrência de novos casos de câncer, principalmente em países do Mar Mediterrâneo – diminuição não encontrada em outros locais do Norte da Europa. Segundo Di Daniele *et al.* (2016), constatou-se uma redução de 6% na mortalidade por CA nas regiões mediterrâneas.

Os benefícios da DM residem em propriedades antioxidantes e antiinflamatórias, e na ingestão de fibras e gorduras poliinsaturadas, como o azeite de oliva. Tais características – em sinergismo com o exercício físico, o não-tabagismo e o não-etilismo –, contribuem para evitar patologias, tais como obesidade, síndrome metabólica e doenças cardíacas (MENTELLA *et al.*, 2019). Um estudo italiano apontou o proveito do consumo moderado de vinho tinto, presente na pirâmide alimentar da DM, o qual reduz os níveis sanguíneos de LDL – lipoproteína de baixa densidade –, por ser antioxidante (DI RENZO *et al.*, 2014 *apud* DI DANIELE *et al.*, 2016).

Conforme Faller e Fialho (2009), frutas e vegetais têm substâncias bioativas chamadas polifenóis, antioxidantes e antiinflamatórias, capazes de driblar o metabolismo do ácido araquidônico – ácido graxo essencial –, limitando a síntese de leucotrienos e prostaglandinas. Ademais, diminuem a angiogênese, a proliferação celular e o estresse oxidativo, equilibrando a autofagia e as citocinas pró e antiinflamatórias (DI DANIELE *et al.*, 2016). Os alimentos da DM oferecem alto aporte de fibras, cuja porção solúvel é a beta-glucana, que parece diminuir os níveis de LDL e IL-6 – interleucina inflamatória –, e prevenir o CA de cólon, pois auxilia no trânsito intestinal. As leguminosas, por sua vez, se destacam por serem anticarcinogênicas: saponinas, inibidores de proteases e ácido fítico (DI DANIELE *et al.*, 2016).

Estudos revelam redução de incidência de diferentes tipos de câncer na população que adere ao *lifestyle* da DM. O CA de mama, por exemplo, o mais frequente nas mulheres, apresenta queda em até 40%, enquanto o de próstata tem seu risco diminuído em 78% (MENTELLA *et al.*, 2019). Outrossim, neoplasias do sistema reprodutor feminino, como o câncer de cérvix e endométrio, parecem ter íntima relação com a alimentação: pacientes que assumem a DM obtiveram redução de até 66% no risco de desenvolvê-los. Ademais, é válido ressaltar que uma das causas que impactam no aparecimento do CA de endométrio e cérvix é o desequilíbrio estrogênico, muitas vezes aliado à síndrome metabólica e obesidade (DI DANIELE *et al.*, 2016). Neoplasias do trato digestivo, como CA de boca, faringe, estômago, cólon distal e reto, quando associadas à DM, exibem redução expressiva de 58%, 80%, 51%, 20% e 25%, respectivamente (MENTELLA *et al.*, 2019).

Os fenômenos de iniciação cancerígena provocam significativas mudanças nos tecidos, perturbando a via metabólica – reações químicas – do organismo (CAIRNS; HARRIS; MAK, 2011 *apud* EMENAKER; VARGAS, 2018). Alimentos pró-inflamatórios aumentam de 12% a 65% o risco de CA colorretal. A dieta norte-americana, com alto teor de gorduras saturadas e carboidratos, eleva a incidência de CA de cérvix (MENTELLA *et al.*, 2019). A saber, o tecido adiposo branco, considerado endócrino, secreta citocinas inflamatórias, como leptina, adiponectina, TNF- α , IL-1 e IL-6, ampliando os riscos de câncer. Assim, o *lifestyle* da DM é capaz de atuar reduzindo a gordura corporal e melhorando o perfil metabólico (DI DANIELE *et al.*, 2016).

Entretanto, apesar de estudos comprovarem os benefícios da Dieta Mediterrânea em relação ao câncer, é complexo obter um consenso sem interposições, tendo em vista a multifatorialidade envolvida nas neoplasias: exercício físico, atividade laboral, exposição a químicos e à radiação ultravioleta, e questões individuais e hereditárias inerentes ao ser humano (MENTELLA *et al.*, 2019). Em consonância com a OMS, o consumo de frutas, legumes e fibras, a prática de exercício físico, a dieta com baixo teor de sódio, açúcar e gorduras animais e a preparação segura dos alimentos são degraus que confluem para uma vida mais saudável.

4 CONCLUSÕES

Em suma, é possível afirmar que a Dieta Mediterrânea como estilo de vida traz benefícios para a saúde. A prática dietética – o tipo de alimento consumido e seu modo de cozer – é uma das diversas exposições que o indivíduo está sujeito ao longo de sua vida e que têm envolvimento com o câncer. Os alimentos que compõem a DM são ricos em fibras, vitaminas e nutrientes essenciais para o bom funcionamento do organismo. A interação das pessoas com o meio e a prática de exercícios físicos também corroboram para uma vida saudável, modulando e reduzindo os riscos de desenvolver doenças, independente de aspectos intrínsecos como a hereditariedade.

Dessa forma, é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam esse tipo de dieta para que consigam ser mais efetivos em suas intervenções não farmacológicas, visando a saúde e bem-estar do paciente. O médico, em especial, precisa ter um olhar integrativo do indivíduo que busca por seu auxílio, sendo assim, a ampliação do cuidado engloba a maneira que o paciente vive: como ele adquire e gasta energia. Muni-lo com informações de como ele pode, por meio da dieta e das atividades que realiza, promover a saúde e prevenir doenças, é fundamental, uma vez que há relação entre esses fatores e o desenvolvimento de certas patologias.

REFERÊNCIAS

BRANDHORST, S.; LONGO, V.D. Fasting and Caloric Restriction in Cancer Prevention and Treatment. **Recent Results in Cancer Research**. Los Angeles, v. 201, p. 241-266, set. 2016.

DI DANIELE, N. *et al.* Impact of Mediterranean diet on metabolic syndrome, cancer and longevity. **Oncotarget**. Roma, v.8, n.5, p. 8947-8979, nov., 2017.

EMENAKER, N.J.; VARGAS, A.J. Nutrition and Cancer Research: Resources for the Dietetics Professional. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v.118, n. 4, p. 550-554, Dez. 2018.

FALLER, A.L.K.; FIALHO, E. Disponibilidade de polifenóis em frutas e hortaliças consumidas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.43, n.2, abr. 2009.

KLEMENT, R.J.; PAZIENZA, V. Impact of Different Types of Diet on Gut Microbiota Profiles and Cancer Prevention and Treatment. **Medicina**. Kaunas, v.55, n.4, mar. 2019.

MENTELLA, M.C. *et al.* Cancer and Mediterranean Diet: A Review. **Nutrients**. Roma, v.11, n.9, p. 2059, set. 2019.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Um estilo de vida saudável**. Disponível em: <https://bit.ly/39OHB3t>. Acesso em: Set, 2021.

DISFUNÇÃO ERÉTIL: OS MEANDROS DO TABAGISMO EM SUA OCORRÊNCIA

URMANN, Charles Renato; TONINI, Beatriz Wustro; NOVELLO, Camila Isadora; DIAS, Eduardo Kloeckner Pires; ROSS, Giovanna Sanagiotto; FRIESEN, Lara Comarella; FRANCIOSI, Felipe Santos.

URI Erechim – 032785@aluno.uricer.edu.br; bia_wustro@hotmail.com; milanovello@hotmail.com; 095355@aluno.uricer.edu.br; giovannasttr@gmail.com; lara.friesennn@gmail.com; fefranciosi2907@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A disfunção erétil é a incapacidade obstinada em não conseguir manter uma rigidez suficiente na ereção para praticar o ato sexual. Esta patologia, de caráter orgânico, diversifica-se no que tange a uma redução parcial da rigidez peniana, da incapacidade em manter a ereção ou uma falta completa de ereção. Ademais, esta definição é limitada à capacidade erétil do pênis e não inclui os problemas de libido, distúrbios da ejaculação ou do orgasmo (KRANE *et al.*, 1989). Além disso, de acordo com a Sociedade Europeia de Urologia, a incidência aumenta conforme a idade, acometendo de 20 a 40% dos homens entre 60 e 69 anos, presente de 50 a 100% em homens entre 70 e 80 anos. Portanto, é uma condição que implica, diretamente, na qualidade de vida por impactar de modo negativo os relacionamentos (PAULSEN *et al.*, 2020; MCCABE *et al.*, 2015; HATZIMOURATIDIS *et al.*, 2018; LEWIS *et al.*, 2010). Sua causa é compreendida nos mais diversos hábitos de vida, entre eles o tabagismo, que será o enfoque nesta discussão.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa integrou-se em uma revisão da literatura referente aos impactos do tabagismo em homens com disfunção erétil. Tem como base publicações científicas nacionais e internacionais na área médica, publicadas entre os anos de 1989 e 2020, com a finalidade de organizar um resumo expandido que exponha uma discussão clara e objetiva sobre a influência do tabagismo na disfunção erétil.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há diversos fatores que ocasionam a disfunção e é possível defini-los ao constatar os processos necessários para o fenômeno ocorrer, sendo eles o equilíbrio e a união entre os sistemas vascular, nervoso e muscular liso. Assim, são fatores de risco: disfunções neurológicas, endócrinas, vasculogênicas, psicológicas, idade avançada, alto índice de massa corporal (IMC), sedentarismo, alcoolismo e tabagismo (PAULSEN *et al.*, 2020).

Logo, é possível correlacionar a disfunção erétil com maus hábitos de vida, tendo o tabagismo como um dos principais fatores lesivos, pois, os mecanismos de origem arterial são a causa mais comum de disfunção erétil. Corroborando com isso,

estudos epidemiológicos apontam que fumantes crônicos de cigarro industrial são acometidos por disfunção erétil e tem sua fertilidade comprometida com maior frequência em comparação aos não fumantes (CORONA *et al.*, 2014; ALLEN; WALTER, 2018).

Isso acontece, pois, a fumaça do cigarro produz espécies reativas de oxigênio (EROS) que causam disfunção endotelial ao nível sistêmico, além de causar diminuição na produção de óxido nítrico (ON), um radical livre com efeitos vasodilatadores sobre o endotélio. De ordem peniana, sabe-se que a nicotina ocasiona o aumento do tônus do sistema nervoso simpático, o que causa vasoconstrição secundária a norepinefrina e a epinefrina, reduzindo o fluxo de sangue no órgão genital masculino, bem como disfunção endotelial (PARK *et al.*, 2012; CORONA *et al.*, 2014; ALLEN; WALTER, 2018).

Ademais, estudos demonstraram a influência do tabaco na redução dos níveis de testosterona sérica, hormônio responsável pelo desejo sexual e também na regulação, função e inervação dos corpos cavernosos, dessa forma foram notificadas alterações histológicas nos corpos cavernosos pela diminuição dos níveis androgênicos. Foram observadas, também, alterações nos mecanismos intercelulares envolvidos na ereção e na detumescência. Dentre os achados, a diminuição do fluxo sanguíneo na artéria pudenda interna e na demais vascularização peniana é um dos principais fatores para a condição (PARK *et al.*, 2012; CORONA *et al.*, 2014; ALLEN; WALTER, 2018; VERZE, 2015).

Muito se tem discutido sobre a nicotina em relação ao cigarro, contudo, há outras substâncias tão danosas quanto, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e a homocisteína, que em relação à dose de consumo e o tempo, é fator de risco determinado para disfunção erétil (CORONA *et al.*, 2020).

Ainda, o tabagismo pode levar ao desenvolvimento de outras comorbidades que se associam à disfunção erétil, como a aterosclerose e as doenças cardiovasculares. Essas condições são capazes de afetar a função erétil, diminuindo as pressões de perfusão peniana e resultando em um maior tempo para a ereção máxima e para a diminuição da rigidez durante a ereção (SHABSIGH *et al.*, 1991; Sullivan *et al.*, 1999). Dessa forma, o tabagismo não só afeta os mecanismos fisiológicos da função erétil de forma direta, mas também contribui para o desenvolvimento de outras condições que se associam à disfunção. Nesse sentido, percebe-se que a interrupção do hábito de fumar não só evita diversas patologias, mas também melhora a função sexual.

4 CONCLUSÕES

Diante do supracitado, é possível definir que a disfunção erétil aumenta sua incidência conforme a idade, e está muito relacionada com maus hábitos de vida. Fatores como a presença de substâncias danosas no tabaco, o desenvolvimento de comorbidades e a influência da fumaça do cigarro, associadas à dose de consumo e o tempo, tornam o tabagismo um dos principais fatores que corroboram para a disfunção erétil e comprometimento da fertilidade.

REFERÊNCIAS

ALLEN, M. S.; WALTER, E. E. Health-Related Lifestyle Factors and Sexual Dysfunction: A Meta-Analysis of Population-Based Research. **Journal of Sexual Medicine**, v. 15, n. 4, p. 458–475, 2018.

CORONA, G. *et al.* Erectile dysfunction and central obesity: An Italian perspective. **Asian Journal of Andrology**, v. 16, n. 4, p. 581–591, 2014.

CORONA, G. *et al.* People smoke for nicotine, but lose sexual and reproductive health for tar: a narrative review on the effect of cigarette smoking on male sexuality and reproduction. **Journal of Endocrinological Investigation**, v. 43, n. 10, p. 1391–1408, 2020.

HATZIMOURATIDIS, K. *et al.* 3EAU-Guidelines-on-Male-Sexual-Dysfunction-2018-large-text. 2018.

LEWIS, R. W. *et al.* Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. **Journal of Sexual Medicine**, v.7, n.4, PART 2, p. 1598–1607, 2010.

PARK, M. G. *et al.* Effects of Smoking on Plasma Testosterone Level and Erectile Function in Rats. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 2, p. 472–481, 2012.

PAULSEN, L. H. *et al.* Associations between lifestyle, erectile dysfunction and healthcare seeking: a population-based study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 38, n.2, p. 176–183, 2020.

MCCABE, M. P., *et al.* Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. **Journal Sex Medicine**, v.3, p.135-43, 2016.
10.1016/j.jsxm.2015.12.019

KOVAC, J.R., LABBATE, C., RAMASAMY R., TANG, D, LIPSHULTZ, L I. Effects of cigarette smoking on erectile dysfunction. **First International Journal of Andrology**, v.47, n.10, p.1087–1092, 2014.

KRANE, R.; GOLDSTEIN, I.; SAENZ DE TEJADA, I. Impotence. **The New England Journal of Medicine**, v. 321, n. 24, p. 1.648-1.659, 1989.



ENDOCARDITE INFECCIOSA COMO COMPLICAÇÃO DA SEPSE NEONATAL

**VALENTINI, Vanesa; PECINI, Giliane; SOLEK, Camila Caetano;
ZEPKA, Mariah; RESTELLO, Rozane Maria.**

URI Erechim – 097773@aluno.uricer.edu.br; 045603@aluno.uricer.edu.br;
097773@aluno.uricer.edu.br; 097825@aluno.uricer.edu.br; 099582@aluno.uricer.edu.br;
rosane@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A Endocardite Infecciosa (EI) é uma patologia cujos organismos causadores invadem a camada mais interna do coração – o endocárdio –, promovendo inflamação e danos ao tecido (GARCIA, 2015). No período neonatal, que corresponde aos primeiros 28 dias de vida pós-parto, a endocardite é considerada rara e de complicada descoberta, conforme Garcia (2015), o que pode ter forte relação com a alta taxa de mortalidade, a qual varia de 5 a 10%, estabelecendo-se como um problema clínico grave (FARIAS; TRAVANCAS; AOUN, 2019).

Dessa forma, o objetivo deste resumo é chamar a atenção para um difícil diagnóstico da Endocardite Infecciosa em neonatos, após um período prolongado de cuidados intensivos, bem como sua relação com a sepsé neonatal. Isso tudo, a fim de promover um melhor entendimento desta patogênese complexa, compreendendo os fatores de risco e suas relações clínicas para a conquista de uma redução na taxa de mortalidade do público acometido.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho é uma breve revisão literária, de caráter exploratório e descritivo, sobre os aspectos relacionados ao diagnóstico de endocardite infecciosa como complicação da sepsé neonatal. Ele foi elaborado com base em publicações das últimas duas décadas, por meio de buscas nas plataformas de dados Google Acadêmico, SciELO e PubMed, além da leitura crítica de casos clínicos contidos nas revistas Residência Pediátrica e Nascer e Crescer. Para a pesquisa, foram utilizadas as palavras-chave “endocardite infecciosa”, “diagnóstico de endocardite” e “sepsé neonatal”.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como afirma Pereira (2003), a Endocardite Infecciosa durante o período neonatal é uma doença rara, cuja letalidade, em 1980, era de 100%. A infecção se configura em comprometimento intracardíaco ativo, estabelecido em uma ou mais estruturas valvulares, podendo haver a possibilidade de afetar outras partes do coração, como cordas tendinosas, endocárdio, miocárdio e pericárdio e, de acordo com Garcia (2015), a EI se configura de forma inespecífica em recém-nascidos. Ao passo em que o microrganismo invasor se estabelece no endocárdio, ocorre uma resposta fisiológica inerente ao organismo, a qual procede com a liberação de alguns mediadores inflamatórios, tais como as interleucinas 1 (IL-1) e 6 (IL-6), o

interferon gama (INF γ) e o fator de necrose tumoral alfa (FNT α). Essas citocinas, por sua vez, impedem a eritropoiese – processo de produção e maturação das hemácias na medula óssea –, diminuindo a disponibilidade de ferro e elevando seu armazenamento por meio da ferritina.

Assim, alguns sinais sugestivos podem ser o estabelecimento da anemia e de níveis aumentados de reticulócitos – hemácias imaturas –, ambos observados no hemograma. Contudo, a hemocultura positiva é o achado mais relevante para o diagnóstico da doença, fazendo parte dos Critérios de Duke (BARBOSA, 2004; PEREIRA, *et al.*, 2003 *apud* GARCIA, 2015), cujos principais agentes patogênicos em recém-nascidos são *Staphylococcus aureus* (MILLARD; SHULMAN, 1988; WATANAKUNAKORN; BURJERT, 1993 *apud* KREBS *et al.*, 1999), *Streptococcus do grupo viridans* (SOUZA; MIRANDA; CHAN, 2020) e *Staphylococcus epidermidis*, sobretudo nos que fazem uso de cateter venoso central em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), uma vez que podem favorecer uma proliferação bacteriana (GARCIA, 2015).

Conforme descreve Krebs *et al.* (1999), a febre, sintomas respiratórios, taquicardia, insuficiência cardíaca e hipotensão acometem a maioria dos neonatos com endocardite. O quadro patogênico da EI favorece a ocorrência de um trauma no endocárdio, constituído de tecido epitelial pavimentoso simples, de modo a expor o colágeno subendotelial e influenciar a aderência plaquetária, com consequente formação de trombo (MILLARD; SHULMAN, 1988 *apud* KREBS *et al.*, 1999). Observando-se os Critérios de Duke, o acometimento específico do endocárdio é comprovado pelo ecocardiograma, onde pode ser vislumbrada uma vegetação intracárdica, e pela presença de sopro cardíaco (MILLARD; SHULMAN, 1988; DAHER; BERKOWITZ, 1995 *apud* KREBS *et al.*, 1999). Todavia, conforme Ferreira (2013), um ecocardiograma sem essas alterações não deve eliminar o diagnóstico de endocardite num doente potencial.

Permeando os fatores de risco, encontram-se a cardiopatia congênita (DAHER; BERKOWITZ, 1995 *apud* KREBS *et al.*, 1999), a permanência de acesso venoso central, a formação de trombo, a colonização por microrganismos patogênicos (O'CALLAGHAN; MC DOUGALL, 1988 *apud* KREBS *et al.*, 1999) e a intubação e ventilação mecânicas por período prolongado, visto que estão comumente acompanhadas de bacteremia transitória (KREBS *et al.*, 1999). Essas condições estão associadas a um quadro infeccioso sistêmico – sepse –, podendo resultar no aparecimento da endocardite. No defeito congênito, a velocidade do fluxo sanguíneo através da anormalidade é o principal fator que aumenta a susceptibilidade à infecção, sendo muito mais comum em cardiopatias obstrutivas esquerdas como estenose aórtica, comunicação interventricular e lesões de válvula mitral.

O advento da ecocardiografia, na década de 80, possibilitou diagnosticar a doença precocemente, o que antes era realizado somente por necrópsia (KREBS *et al.*, 1999), porém, nem sempre é possível detectar algo anormal. Outros sinais laboratoriais, a saber, presença de hematúria macroscópica, aumento da proteína C reativa (PCR), da velocidade de sedimentação (VS) e leucocitose – aumento dos glóbulos brancos do sangue – também podem ser sugestivos, só que possuem baixa especificidade e não devem ser integrados como critérios diagnósticos (FERREIRA, 2013).

Visto por esse prisma, clinicamente, a suspeita da inflamação do endocárdio deve ser cogitada em todos os casos de sepse em neonatos, com cuidados redobrados naqueles em UTIN, mediante culturas positivas na corrente sanguínea.

Embora grave e rara, a Endocardite Infecciosa precisa estar entre os diagnósticos diferenciais dos quadros febris em recém-nascidos (FERREIRA, 2013), de modo a ser reconhecida precocemente e se prosseguir com tratamento adequado, visando a sobrevida do paciente.

4 CONCLUSÕES

De diagnóstico tortuoso, a Endocardite Infecciosa destaca-se por ser uma doença que requer atenção redobrada, essencialmente nos recém-nascidos. Com o uso da ecocardiografia e de outros sinais laboratoriais, como o hemograma, a descoberta precoce foi possível. No entanto, a hemocultura positiva com base nos Critérios de Duke, os quais têm base em achados clínicos, ecocardiográficos e bacteriológicos, faz-se presente como principal guia no reconhecimento da infecção. Fica claro, portanto, que com detecção prematura desta patologia e tratamento adequado, as chances de sobrevida são aumentadas.

REFERÊNCIAS

- FARIAS, C.V.B.; TRAVANCAS, P.R.; AOUN, N.B.T. Endocardite Infecciosa. In: LOUREIRO, T.N.; SILVA, A.E.A. **Cardiologia pediátrica**. Barueri: Manole, 2019. p. 258-275.
- FERREIRA, A.S. Endocardite Infecciosa – uma suspeita sempre presente. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**. Almada, v. 29, n. 1, p. 54-60, jan. 2013.
- GARCIA, E.W. Endocardite bacteriana em recém-nascido. **Residência Pediátrica**. Campo Grande, v.5, n.1, p.43-44, abr., 2015.
- KREBS, V.L.J. *et al.* Endocardite bacteriana como complicação de sepse neonatal - relato de caso. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.45, n.4, dez. 1999.
- PEREIRA, C.A.Z. *et al.* Clinical and laboratory findings in a series of cases of infective endocarditis. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.79, n.5, p. 423-428, 2003.
- SOUZA, G.C.; MIRANDA, B.A.; CHAN, Y.C.S. Endocardite infecciosa infantil: revisão de literatura acerca do perfil de pacientes pediátricos. **Brazilian Journal of health Review**. Curitiba, v.3, n.6, p.20105-20113, nov/dez. 2020.
- OLIVEIRA, C.M. C. *et al.* Ectopia renal cruzada com fusão: relato de dois casos e revisão de literatura. **Braz J Nephrol**, vol. 34, n. 3, 2012.

FATORES QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS



BUENO, Brenda Natasha Dias; BRUM, Alana Helbich; MAZZETTI, Jorgiana Luiza Copini; BRESSAN, Juliane Fátima; CUNHA, Maria Luiza Moratelli; LIMBERGER, Sarah Maioli; FAVERO, Talita Cristina; DE MELLO, Guilherme Tognon; RONCHETTI, Ramiro.

URI-Erechim - brendaunderscore@gmail.com; alana_hbrum@hotmail.com; jhogi2009@hotmail.com; juliane_bressan9@gmail.com; marialcunha16@gmail.com; 092968@aluno.uricer.edu.br; fgatalita.favero@gmail.com; guilherme_demello2012@hotmail.com; rronchetti@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Neto e colaboradores (2007), a esquizofrenia é uma das mais intrigantes e também estudadas condições psiquiátricas. É um transtorno que acomete cerca de 1% da população, compromete diversos aspectos da vida do seu portador e representa uma importante carga em termos financeiros e sociais, não somente para o paciente, mas para a família, cuidadores e para a sociedade como um todo.

A definição atual de esquizofrenia consiste em uma doença mental crônica, incapacitante, a qual se manifesta normalmente na adolescência ou início da idade adulta. A mesma apresenta causas multifatoriais, que podem ter origem genética, ambiental ou alterações neuroquímicas. A assistência psiquiátrica no país sofreu modificações desde a década de 80, a qual se limitava à internação em instituições psiquiátricas. No entanto, essa modificação na saúde possibilitou a inserção do paciente esquizofrênico na comunidade, porém ainda há uma certa resistência ao tratamento (NICOLINO, 2010). A não adesão do paciente ao tratamento pode ser considerada um problema de saúde, levando à maior exacerbação dos sintomas e, conseqüentemente, maiores custos com tratamentos que são ineficazes na maioria das vezes, por se tratar de uma doença que necessita de cuidados contínuos. (NICOLINO, 2010)

Logo, conhecer os principais fatores que estão associados a não adesão ao tratamento terapêutico é de fundamental importância para o planejamento adequado dos serviços de saúde disponibilizados pelo sistema de saúde. Assim, o presente resumo expandido objetiva compreender e analisar os fatores que desencadeiam a não adesão ao tratamento por parte dos pacientes esquizofrênicos.

2 METODOLOGIA

A revisão de literatura realizada para cumprir os objetivos deste resumo expandido teve como base pesquisas bibliográficas, principalmente em artigos encontrados no Scielo e Google Acadêmico, os quais foram necessários para o desenvolvimento desse trabalho.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Muitos fatores já foram estudados a fim de elucidar os baixos níveis de adesão ao tratamento por parte de pacientes esquizofrênicos. A literatura já traz comprovações de que os níveis de baixa adesão dessa doença são semelhantes aos de outras doenças crônicas. Nessa conjuntura, estudos relataram fatores que influenciam nessa adesão terapêutica, sendo eles: relacionados ao paciente, relacionados ao tratamento farmacológico e a fatores que envolvem o meio em que estão inseridos (DESCALÇO, 2017).

Em relação ao paciente, o *insight* do doente, ou seja, a virtude que o paciente tem de reconhecer que tem essa doença mental e a necessidade que tem ou não de tratar-se, pode ser um dos maiores obstáculos ao sucesso terapêutico. Além disso, fatores relacionados ao paciente, como serem mais jovens ou serem usuários de álcool e estupefacientes estão relacionados a baixa aderência a adesão do tratamento. Vale ressaltar, ainda, que a maior parte dos estudos não correlaciona o nível cognitivo do paciente com o nível de adesão, porém limitações das funções executivas e lembrança vocal têm chances de estarem correlacionadas com má adesão do tratamento (DESCALÇO, 2017)

Em relação ao tratamento farmacológico, um estudo destinado a pessoas com esquizofrenia e outros transtornos delirantes, no interior paulista, concluiu que o sucesso no tratamento medicamentoso é comprometido porque muitos pacientes não aderem ao tratamento. Com isso muitos pacientes que não se percebem doentes, não veem a necessidade de prosseguir com o tratamento prescrito, ou em obter informações sobre o diagnóstico. Há pacientes que por ter vivenciado efeitos colaterais dos medicamentos e/ou não perceberem melhora nos sintomas do transtorno, passam a desacreditar dos benefícios e optam pela não adesão (NICOLINO *et al.*, 2010).

Já em relação ao ambiente em que o doente está inserido, o apoio familiar e social, quando presentes, são correlacionados com níveis mais altos de adesão ao tratamento (DESCALÇO, 2017) Uma pesquisa desenvolvida em um Serviço Ambulatorial de Clínica Psiquiátrica de um hospital geral, um Núcleo de Saúde Mental e um Centro de Atenção Psicossocial no interior paulista, mostrou que a sobrecarga do cuidador é um fator que intervém no trajeto referente a adesão do tratamento do paciente. O desgaste para cuidar do doente pode ser profundo, visto que muitas vezes a indisponibilidade de outras pessoas para ajudar a cuidar do indivíduo interfere na capacidade e disposição do cuidador para arcar com os cuidados do paciente esquizofrênico. Um outro ponto, refere-se ao desconhecimento perante a evolução da Esquizofrenia e a não aceitação do paciente doente. Sendo assim, muitos familiares podem desconsiderar qualquer tipo de tratamento medicamentoso, incentivando a não adesão ao tratamento pelo paciente (VEDANA; MIASSO, 2012).

4 CONCLUSÕES

Em síntese, essa revisão bibliográfica conclui que existem diversos fatores que influenciam na adesão terapêutica para o tratamento da esquizofrenia, dentre eles estão os fatores relacionados ao paciente, tratamento farmacológico e fatores que envolvem o meio em que os indivíduos estão inseridos.

Inicialmente o paciente precisa ter o *“insight”*, reconhecendo a doença e a necessidade de tratar-se ou não, sendo esse fator um grande obstáculo para a

adesão ao tratamento, visto que muitas vezes pode haver um desconhecimento perante a esquizofrenia e a não aceitação do paciente doente, de modo que tanto o paciente quanto seus familiares podem desconsiderar qualquer tipo de tratamento medicamentoso.

Dessa maneira, a relação médico, paciente e família precisa ser bem estruturada para que a pessoa esquizofrênica entenda que está doente, e com isso siga os passos do respectivo tratamento proposto. Além disso, o apoio da família é fundamental para o sucesso terapêutico do paciente.

REFERÊNCIAS

CARDOSO, L. *et al.* Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, 2011

DESCALÇO, N. Adesão à terapêutica nos doentes com esquizofrenia – uma revisão da literatura. **Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental**, v.1, n.3, p.25-33. Universidade de Lisboa, p. 1-36, 2017.

NETO, A.G.A. A.; BRESSAN, R.A.; FILHO, G.B. Fisiopatologia da Esquizofrenia: aspectos atuais. **Arch. Clin. Psychiatry** (São Paulo), v.34, n.2, 2007.

NICOLINO, P.S.; GIACCHERO, K.G.G.V.; MIASSO, V.A. I. *et al.* Esquizofrenia: adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, v.3, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300023>

VEDANA, K.G.G.; MIASSO, A.I. A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa? **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n.6, p.830-836, 2012.

GESTAÇÃO E HIPOTIREOIDISMO: PRINCIPAIS IMPACTOS NA FETAL



**CENI, Paola Wozniak; ADAMI, Gabriela Dias; SCHNEIDER, Marina Oppermann;
SIRENA, Nathália Santin; GASPARETTO, Nicole; GIOLLO, Alessandra.**

URI Erechim – 025269@aluno.uricer.edu.br; 095306@aluno.uricer.edu.br;
099584@aluno.uricer.edu.br; 095363@aluno.uricer.edu.br; 098129@aluno.uricer.edu.br;
alessandragiollo@uricer.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

O hipotireoidismo é caracterizado pela disfunção da glândula tireoide com redução da produção de hormônios tireoidianos o que no período gestacional ocorre com frequência devido às alterações fisiológicas. Essa disfunção ocasiona um desequilíbrio nos níveis de hormônio tireoestimulante (TSH) e tetraiodotironina (T4), com os valores considerados normais sendo alterados durante a idade gestacional e variando com o tipo de hipotireoidismo do paciente. Aproximadamente 3% das gestantes apresentam casos de hipotireoidismo, sendo a maioria subclínico. Os casos dessa doença estão interligados com complicações na vida fetal e materna, além de aumentar os riscos de mortalidade neonatal.

Esse artigo tem como objetivo evidenciar os possíveis impactos para o desenvolvimento do feto em casos de hipotireoidismo durante a gestação e salientar os possíveis tratamentos e condutas para pacientes diagnosticadas por essa patologia.

2 METODOLOGIA

Para a construção desta revisão bibliográfica, utilizou-se de artigos científicos, pesquisados nas plataformas eletrônicas de dados SciELO, publicações, revista Interciência e Sociedade, e pesquisas nos livros Gravidez normal e patológica do autor Steven G. Gabbe e de obstetrícia do autor Marcelo Zugaib. Foram revisados artigos a partir do critério de seleção baseado no tema de interesse e sua relação com a proposta desta revisão bibliográfica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O hipotireoidismo tem sua principal etiologia relacionada a disfunção primária da glândula, sendo raramente secundário a alguma condição hipofisária e/ou hipotalâmica. A doença primária, a qual acarreta destruição glandular, pode apresentar diversas origens, incluindo Tireoidite de Hashimoto, tratamento prévio com iodo radioativo, ablação cirúrgica da tireoide ou até na doença de Hashi-Graves em fases avançadas. Vale ressaltar que, devido à política de iodação do sal, a deficiência do micronutriente não configura causa prevalente da doença no Brasil.

Devido a sua associação com a infertilidade na ausência de tratamento, o hipotireoidismo é um diagnóstico pouco comum em gestantes, acometendo 9:1.000 gestantes (ZUGAIB, 2020). Apresenta-se com um quadro clínico característico de fadiga, constipação, intolerância ao frio, aumento de peso, pele ressecada, perda de

cabelos e cãibras musculares, podendo ou não estar associado ao bócio. Ainda, durante o período gestacional, esses sintomas podem ser confundidos com queixas típicas da gravidez, sendo necessária investigação adequada para distingui-las.

O diagnóstico é realizado através da dosagem do Hormônio Tireoestimulante (TSH) e do hormônio tireoideo T4, total ou livre, indicados na rotina do primeiro trimestre gestacional. Na disfunção primária, é esperado TSH em valores acima da referência para o trimestre gestacional e o T4, livre ou total, reduzido. A presença dos anticorpos antiperoxidase tireoideana (anti-TPO) e antitireoglobulina (anti-TG) é indicativa de Tireoidite de Hashimoto. Estudos evidenciam que, em gestantes com hipotireoidismo clínico não tratado, as taxas de complicações materno-fetais são aumentadas. Atenta-se que, na presença desta condição, há aumento na taxa de intercorrências como pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal (RCF), anomalias congênitas, prematuridade, abortamento e até óbito fetal. Mesmo em formas leves da deficiência hormonal, a ausência de tratamento, correlaciona-se a déficit no desenvolvimento intelectual da criança em idade pré-escolar e escolar.

No espectro dessa condição, há também o hipotireoidismo subclínico, definido pela elevação dos níveis circulantes de TSH, sem alteração nas dosagens dos hormônios tireoideos (T4 total, T4 livre e T3), na ausência de sintomas. Na literatura, há discordância em relação a associação do hipotireoidismo subclínico e algumas complicações obstétricas, como aumento nas taxas de partos prematuros, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, *diabetes mellitus* gestacional (DMG) e necessidade de UTI neonatal. Entretanto, alterações no desenvolvimento neuropsicológico têm sido notadas em filhos de mulheres com o espectro subclínico da doença.

O sistema neurológico fetal é, portanto, um dos mais afetados pelo hipotireoidismo materno, já que durante todo o período da gestação o feto precisa de iodo e tiroxina para o seu desenvolvimento. Por isso, gestantes que recebem reposição iodo durante o primeiro e segundo trimestre de gestação tiveram apenas 2% de seus filhos com moderada ou severa anormalidade neurológica, enquanto que quando feita a partir do terceiro trimestre as anormalidades neurológicas apareceram em 9% dos recém nascidos (CAO *et al.*, 1994 e SMALLRIDGE, 2002). Além disso, em um estudo foi observado que dentre uma amostra de 68 mulheres que apresentavam hipotireoidismo clínico e subclínico 37% apresentaram hipertensão gestacional (AS LEUNG *et al.*, 1983), esse mesmo estudo mostra que a maior complicação para os recém nascidos é o baixo peso e que também tiveram casos de malformações congênitas e natimortos nos casos das mães que não tratavam o hipotireoidismo.

O tratamento, por sua vez, é o mesmo em ambas as formas do hipotireoidismo, realizado por meio da reposição hormonal com Levotiroxina sódica; em pacientes com hipotireoidismo prévio já em uso de medicação, a dosagem deve ser aumentada em torno de 30% (ZUGAIB, 2020). No puerpério é recomendado retornar às dosagens usadas previamente e, em pacientes com o diagnóstico durante a gestação, reduzi-las em 50%. É indicado a dosagem hormonal 6 semanas após o parto para ajustes pertinentes da Levotiroxina. Há ainda, o tratamento obstétrico, que visa acompanhar a gestação com vistas a identificar possíveis complicações materno-fetais, para isso é recomendado ultrassonografia obstétrica mensal para controle do crescimento fetal. Associa-se a partir de 34 semanas, em pacientes com descontrole ou descompensação da doença, a avaliação de vitalidade fetal, por meio do perfil biofísico do feto. Vale ressaltar que não há

qualquer contra-indicação para via de parto, devendo apenas evitar-se o pós-datismo nessas gestações.

4 CONCLUSÕES

Por ser uma patologia que normalmente causa infertilidade ela é mais raramente diagnosticada na gravidez. É importante, contudo, que a evolução do hipotireoidismo seja avaliada rigorosamente visto que, a diminuição dos níveis de T3 e T4, geram riscos para a gestante e para o feto. Casos de pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, anomalias congênitas, prematuridade, abortamento e óbito fetal comuns em casos não controlados podem ser facilmente evitados quando feito um tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

- OLIVEIRA, V.; MALDONADO, R.R. Hipotireoidismo e Hipertireoidismo - Uma breve revisão sobre as disfunções tireoidianas. **Interciência & Sociedade**, v.3 n.2014. Disponível em: <https://revista.francomontoro.com.br/intercienciaesociedade/article/view/65>.
- PINHEIRO, A.T.; COSTA, R.A.A.; ABBADE, J.F.; MAZETO, G.M.F.S. Hipertireoidismo na gravidez: repercussões materno-fetais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.9, p.452-458, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/dkG3QSWs7CyN8rnLKQnxMzc/?format=pdf&lang=pt>
- ALMEIDA, J.P.; MONTEIRO, D.L.M.; TRAJANO, A.J.B. Hipotireoidismo e gestação: diagnóstico e conduta. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, n. 2, abr-jun., 2015.
- SILVA, A.I.N. **Hipotiroidismo subclínico materno durante a gestação e consequências nos filhos em idade escolar**. Dissertação (Mestrado), Universidade do Porto. Porto (Pt), 2017. Disponível em: 232608.pdf
- GABBE, S.G.; NIEBYL, J.R.; SIMPSON, J.L.; LANDON, M.B.; GALAN, H.L.; JAUNIAUX, E.R.M.; DRISCOLL, D.A. **Obstetrícia gravidez normal e patológica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- COSTA, M, S; NETTO, S. L; BUESCU, A; VAISMAN, M. **Hipotireoidismo na gestação**. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.4 [p. 351-358. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/v8XPN8dbbxmgYkdMzy97y3j/?format=pdf&lang=pt>.
- ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. **Zugaib Obstetrícia**. 4 ed. São Paulo: Manole, 2020.

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UMA TEMÁTICA EM ASCENSÃO

DE CESARO, Bruna; KAUTZ, Luma G.; DALBEM, Juliane S.

URI Erechim – brunaalbierodecesaro@gmail.com; luma.kautz@hotmail.com;
julianedalbem@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é caracterizada como elevação sustentada dos níveis pressóricos, com etiologia multifatorial. Essa condição, presente geralmente em idade adulta, vem aumentando na faixa etária pediátrica, duplicando sua prevalência nas últimas duas décadas. Hoje, estima-se que a prevalência seja 3% a 5%, e o aumento encontra-se interligado com as mudanças do estilo de vida, com aumento da obesidade infantil e sedentarismo (SBC, 2016).

Na criança e nos adolescentes, a hipertensão arterial é definida quando os valores de Pressão Arterial sistólica e/ou diastólica estão iguais ou acima do percentil 95, utilizando a tabela de medidas para sexo, idade e altura preconizado pela Diretriz de Avaliação de Hipertensão Pediátrica de 2017, referência da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2019). Recomenda-se que todas as crianças maiores de 3 anos devem ter sua pressão arterial aferida anualmente. A aferição não difere do adulto, utilizando o método auscultatório, preferencialmente no membro superior direito e com o manguito adequado para o tamanho do braço da criança (SBP, 2019).

Para avaliação, deve-se realizar uma anamnese bem detalhada e identificar se é uma Hipertensão Primária, causada por fatores ambientais como obesidade, dieta hiperssódica, sedentarismo e história familiar de hipertensão, ou secundária, causado por doenças orgânicas de base como nefropatias e tireoidopatias (SBP, 2019).

O aumento nas taxas de hipertensão arterial infantil atualmente está atrelado ao aumento da hipertensão primária e os hábitos de vida não saudáveis, culminando no aumento de doenças crônicas nas crianças e adolescentes. Estudos mostram que os hábitos adquiridos nesta faixa etária se perpetuam na vida adulta, produzindo piores níveis de qualidade de vida e aumentando o desenvolvimento de doenças crônicas na faixa etária adulta também. Logo, entender como está a saúde dos jovens e como seu estilo de vida interfere na saúde dos mesmos é uma questão imprescindível para saúde pública mundial (SBP, 2019; SBC, 2016).

2 METODOLOGIA

O presente resumo constitui uma breve revisão de literatura referente à influência do estilo de vida em relação à hipertensão arterial sistêmica em crianças e adolescentes. Para tal fim, foram utilizados artigos publicados no período de 2016 a 2021, pesquisados das plataformas PubMed, Scielo e MedScape, através de palavras-chave que estabeleceram relação entre hipertensão, obesidade, sedentarismo, adolescência, infância e estilo de vida. Ademais, lançou-se mão de consultas ao site e guidelines da Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), assim

como da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Hipertensão Arterial (HA) pediátrica deve ser investigada durante as consultas de rotina da criança, principalmente se esta possuir fatores de risco para desenvolvimento da doença. Ao detectar a HA, primeiramente deve-se buscar sua etiologia, podendo ser primária ou secundária.

A primária é mais atribuída a causas genéticas com influência ambiental e predomínio em crianças acima de 6 anos com sobrepeso ou obesidade ou história familiar positiva para HA. Dessa maneira, faz-se necessário analisar fatores de risco ambientais como o sedentarismo, uma dieta inadequada e o consumo excessivo de sal, o tabagismo e o abuso de álcool, bem como rastrear doenças associadas, como diabetes e dislipidemias. Portanto, a avaliação do estilo de vida de crianças e adolescentes é fundamental para a hipótese de HA primária (SBP, 2019; SBC, 2016).

Na faixa etária pediátrica sempre é necessário buscar sinais e sintomas que possam sugerir uma HA secundária. As principais causas são doenças renais crônicas ou alterações estruturais dos rins, distúrbios endócrinos como excesso de mineralocorticoides, corticoides ou catecolaminas associadas a doenças nas glândulas adrenais, distúrbios da tireoide e hipercalemia associada ao hiperparatireoidismo. Para isso, pode-se pedir exames complementares que evidenciem outras doenças ou demonstrem lesões em órgãos-alvo. Como exemplos, solicitar hemograma completo, dosagem de eletrólitos, ureia, creatinina, transaminases hepáticas, TSH e T4 livre. Outras opções são a polissonografia em suspeita de ronco, sonolência excessiva diurna e apneia do sono. Ultimamente outros comportamentos prejudiciais à saúde têm sido associados a HA, como experimentação de bebidas alcoólicas, tabagismo e o uso de drogas e medicações, então perguntar sobre essas práticas e o rastreio de drogas em exames também podem auxiliar na identificação dessas causas (SBP, 2019; SBC, 2016).

Quanto à clínica da HA em crianças e adolescentes, costuma ser assintomática, algumas vezes podendo apresentar quadro de cefaleia, irritabilidade e alterações do sono ou então surgindo como sintomas de comprometimento de algum órgão alvo (SBP, 2019). Algumas alterações podem ocorrer dependendo da causa secundária de HA, como a sintomas urinários ou cardíacos, os quais o pediatra deve sempre estar atento às queixas relatadas pelo paciente e seus familiares (SBC, 2016)

A terapêutica inicial em HA em crianças e adolescentes é não medicamentosa, prezando pela mudança no estilo de vida (MEV), a qual inclui atividade física e dieta, de forma que mesmo naqueles em que o tratamento medicamentoso é iniciado, recomenda-se a manutenção de MEV. Assim, o tratamento deve ter como alvo atingir-se pressão arterial abaixo do percentil 90 ou menor que 130/80 mmHg, ou o que for menor entre eles (SBP, 2019). Ainda, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019) recomenda atividade aeróbica regular diária com 30-60 minutos de exercício físico moderado, além de intervenção dietética incluindo restrição de sódio, suplementação de potássio e cálcio. A Dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), por exemplo, é preconizada e consiste em redução do sal, gorduras saturadas, colesterol e gorduras totais, redução do consumo de carne vermelha, açúcares, bebidas ricas em açúcar, leite e

derivados (SBP, 2019). Quanto à indicação de terapia farmacológica, ela é mais específica e individualizada, não sendo o foco do presente trabalho

Ademais, visto que a hipertensão na faixa etária pediátrica é realidade, lançar mão de ações de promoção da saúde relacionadas à MEV, nas mais diversas redes de atenção em saúde, permite a possibilidade de prevenção mais efetiva da ocorrência de eventos cardiovasculares (JUNIOR *et al.*, 2020).

4 CONCLUSÕES

A hipertensão arterial na faixa etária pediátrica era um assunto pouco discutido na comunidade médica. A importância do tema foi reconhecida e no último Tratado de Pediatria da SBP, publicado em 2017, um capítulo sobre HA foi incluído, bem como na sétima diretriz de Hipertensão Arterial da SBC de 2016. A HA é um problema de saúde pública no mundo todo, incluindo a faixa etária pediátrica, por isso é um tema que deve ser discutido e abordado no ambiente acadêmico e médico, buscando sempre fomentar medidas de prevenção e diagnóstico precoce nas atualizações e guias médicos brasileiros (SPB, 2019).

REFERÊNCIAS

- JUNIOR, E.T.M.; MEDEIROS, A.G.; THOMÁZ, R.P.F.; PEDROSA, A.V.A.; VASCONCELOS, T.B.; BASTOS, V.P.D.; Estilo de vida de adolescentes e sua relação com fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Saúde (Sta. Maria)**. v.46, n.1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/41155>.
- PINHEIRO, G; MELLO, J.; GAYA, A.R. Pressão Arterial de Crianças: Associação a Indicadores Antropométricos, Composição Corporal, Aptidão Cardiorrespiratória e Atividade Física. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.116, n.5, maio, 2021. Disponível em: scielo.br/j/abc/a/6JQKwSG3vk6RybYZRCDnBFP/?lang=pt#.
- SBC. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v.107, n.3, Supl. 3, set., 2016.
- SBP. **Hipertensão arterial na infância e adolescência**. Manual de Orientação. Departamento Científico de Nefrologia, n.2, abr., 2019.



HIPERTERMIA MALIGNA

**PANDOLFI, Gabriele Longo; DIAS, Eduardo Kloeckner Pires;
PREDEBON, Julia Camargo; SPAGNOL, Daiane; RIGO, André.**

URI - Erechim - gabipandolfi1@hotmail.com - 095355@uricer.aluno.edu.br -
juliapredobon@outlook.com - spagnoldaiane@gmail.com – andrerigo@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Hipertermia Maligna (HM) é uma reação rara e severa de indivíduos geneticamente susceptíveis à anestesia geral (LIMA *et al.*, 2020). A doença caracteriza-se por um estado hipermetabólico e os principais sintomas incluem hipertermia, taquicardia, taquipnéia, sudorese e rigidez muscular. O diagnóstico baseia-se na clínica do paciente e o tratamento consiste na suspensão imediata do agente anestésico desencadeante e administração, via intravenosa, de dantrolene, além de oferecer oxigênio e controlar sua temperatura corporal (CASACA *et al.*, 2021).

Apesar de sua raridade, a HM representa uma condição clínica potencialmente letal necessitando de um manejo rápido. Nesse sentido, objetiva-se, por meio desse trabalho, realizar uma breve revisão bibliográfica sobre o tema Hipertermia Maligna, buscando elucidar aspectos fisiopatológicos, sintomatologia, diagnóstico clínico bem como seu tratamento. Ainda, pretende-se ampliar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca da condição a fim de garantir maior eficácia na abordagem e tratamento.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa constitui-se de uma revisão na literatura acerca da hipertermia maligna, no que tange ao diagnóstico, manejo e tratamento. Tem como base publicações científicas nacionais e internacionais, na área da anestesiologia e farmacologia, publicadas entre os anos de 1994 e 2021, com o intuito de desenvolver tal resumo expandido, norteando uma discussão clara e objetiva acerca dos seus conceitos e atribuições.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hipertermia maligna desenvolve-se após a exposição a um ou mais agentes desencadeantes, somente em indivíduos geneticamente susceptíveis. Os agentes desencadeadores mais comuns são a succinilcolina (bloqueador muscular), sevoflurano, halotano, deslotano, além de anestésicos inalatórios e outros fármacos, entretanto, mais raramente, outros fatores podem provocar a hipertermia maligna, como calor, exercício físico e anestésicos considerados seguros. Além disso, a doença também está associada a condições clínicas, como a síndrome de King-Denborough, doença do núcleo central e miopatia multimínico (miopatia central), uma vez que portadores dessas enfermidades possuem uma mutação nos receptores de rianodina e têm grande potencial para o desencadeamento da hipertermia maligna (LIMA, *et al.*, 2020).

Quanto à fisiopatologia, a hipertermia maligna está relacionada às mutações no gene para o receptor de rianodina RYR1 (DA COSTA, *et al.*, 2017). Os níveis de Ca^{2+} do músculo esquelético são controlados por esse gene que, na crise de Hipertermia Maligna, encontra-se em total desarranjo (DO AMARAL, 2005). Devido a isso, há uma liberação constante de cálcio, aumentando seu nível intracelular e ocasionando uma contração muscular exagerada, o que leva a um estado hipermetabólico. Além disso, há uma diminuição no nível do ATP, levando a uma desintegração da membrana, o que causa rabdomiólise, leva a um consumo exacerbado de O_2 , aumenta o metabolismo da glicose, produção de CO_2 , tudo isso levando a uma produção excessiva de calor (LIMA *et al.*, 2020).

A hipertermia maligna tem maior prevalência no sexo masculino, na relação de 2:1. Ademais, a HM ainda é influenciada pelo sexo, raça e idade, além do grupo étnico, que também pode ser um fator determinante, sendo que é mais prevalente em franceses, populações escandinavas e japonesas. Em relação a idade, foi descoberto que a faixa etária mais atingida são jovens de 18,3 anos. (LIMA *et al.*, 2020). Assim, a partir de relatos e estudos foi possível concluir que a Hipertermia Maligna tem influência da genética, principalmente devido a mutações em dois genes, sendo eles RYR1 (receptor de rianodina tipo 1) e CACN1S (subunidade alfa-1S do canal de cálcio do tipo L dependente de voltagem), sendo que o primeiro gene é o mais frequente, com uma prevalência de 70% dos casos. Ainda, a incidência de casos de HM em pacientes pediátricos varia entre 1: 10.000 e 1: 15.000 procedimentos cirúrgicos. Desse modo, apesar de ser uma condição rara, foi possível diminuir significativamente a taxa de mortalidade, de 80% para 5% em um período de 40 anos, devido ao maior conhecimento da fisiopatologia e sintomatologia (MURO *et al.*, 2020).

A sintomatologia de um paciente com quadro de hipertermia maligna inicia-se com taquicardia repentina (96% dos casos), podem, também, serem acometidos com extrassístoles e arritmias ventriculares, fibrilação ventricular ou parada cardíaca, sendo que esses eventos se iniciam ainda no perioperatório, principalmente, porém podem se apresentar uma hora após interrupção do anestésico. Assim, acompanhado à taquicardia há um aumento do EtCO_2 , sendo esses os dois principais sinais característicos do quadro. Alguns outros sintomas que poderão surgir são cianose, aumento do consumo de O_2 , além de taquipneia (em 85% dos casos), hipoglicemia, aumento do lactato sérico, ou então aumento da CPK, rabdomiólise, insuficiência renal aguda, parada cardíaca súbita em crianças do sexo masculino, hipercalemia, hipercalcemia, mioglobulinemia, rigidez muscular (80% dos casos) e, por fim, a hipertermia, a qual é caracterizada por elevações de até $1,8^\circ$ a cada 5 minutos (COSTA *et al.*, 2017) (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2012). Ademais, o diagnóstico clínico baseia-se no quadro clínico, o qual é muito bem exemplificado pela escala de classificação clínica, desenvolvida por Larach *et al* (ANEXO 1) e pode ser confirmado pelo exame padrão ouro: teste de contração muscular para exposição ao halotanocafeína (CHCT), sendo que um resultado negativo é o único capaz de descartar a possibilidade de HM. Entretanto, ainda que o CHCT seja o padrão ouro, o teste genético molecular é considerado menos invasivo e possui um valor inferior (LIMA *et al.*, 2020).

Quanto ao tratamento da Hipertermia Maligna, o único fármaco capaz de agir em sua vigência é o dantrolene sódico na dose de 2,5 mg/kg IV e ser repetida a cada 10 a 15 minutos até que haja melhora da sintomatologia; ainda, pode ser usado o bicarbonato de sódio para reversão da acidose, caso o dantrolene não tenha agido nessa situação. Esse medicamento atua se ligando ao receptor de

rianodina, o que inibe a liberação de cálcio para o citoplasma. No que se refere a medidas gerais que têm de ser tomadas, deve-se abortar imediatamente cirurgia, suspender a succinilcolina e/ou o anestésico inalatório em uso e troca-lo para um que não predispõe à HM, utilizar compressas de gelo para resfriamento do paciente, tratar arritmias e distúrbios eletrolíticos esporádicos, garantir produção de 2 ml/kg/hora de urina em uso de manitol, furosemida e fluido endovenoso, além de internar esse paciente em uma unidade de terapia intensiva (LIMA *et al.*, 2020). Deve-se notificar o caso ao Registro Brasileiro de Hipertermia Maligna e, caso o médico necessite de orientações durante uma crise de HM, deve-se chamar o Hot Line Hipertermia Maligna (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2009)

Por fim, algumas complicações podem ser observadas em pacientes que tiveram Hipertermia Maligna, como hipertensão arterial, choque, coagulação intravascular disseminada, arritmias cardíacas e insuficiência renal aguda. Tais complicações são comuns e contribuem para agravar o quadro de HM (DO AMARAL, 2005).

4 CONCLUSÕES

Diante do exposto, pode-se inferir que a Hipertermia Maligna consiste em uma reação rara, complexa e de causas genéticas. Ademais, é uma patologia grave com alta mortalidade, por isso o prognóstico está a mercê do manejo das técnicas terapêuticas para reverter tal acontecimento.

REFERÊNCIAS

CASACA, M.C.G.; BELONE, A.C.A.; OKABAYASHI, Nathalia Yuri Tanaka; PIVETA, César Henrique; TASSARA, Izabela Gonzales. Hipertermia maligna: uma revisão de literatura / malignant hyperthermia. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 4, n. 2, p.9219-9227, 23 abr. 2021.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2012. **Protocolo de Atendimento à Hipertermia Maligna, Unidade de Anestesia**. Versão Eletrônica. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340500548hipertermia-maligna.pdf>

COSTA, W. P. D.; MENEZES, T. M.; BOMFÁ, G. G. N.; SOUZA, R. D. L.; MENEZES, P. J. M.; MOTTA, L. R. Hipertermia maligna: revisando aspectos importantes. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.27, n.2, p.S67-S73, 2017. <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2049>

DO AMARAL, J.L.G. Hipertermia Maligna Anestésica. **Revista Neurociências**, v.13, p.39-46, 2005. Disponível em: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:nEfak2r0G44J:scholar.google.com/+hipertermia+maligna+anestesia&hl=pt-BR&as_sdt=0,5.

LARACH, M.G.; LOCALIO, A.R.; ALLEN, G.C. *et al.* A clinical grading scale to predict malignant hyperthermia susceptibility. **Anesthesiology**, v.80, p.771-779, 1994.

LIMA, R.A.; BARAUNA, K.C.; NUNES, R.B.S. Hipertermia maligna: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, n.2, p.2475-2489, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n2-096>.

MURO, C.G.; MORENO, I.S.; MENDÉZ, B.R.; DELGADO, J.M.G.; RAMOS, J.V.; ZUBERO, E.E. Síndrome de hipertermia maligna: una patología infrecuente. **Boletín médico del Hospital Infantil de México**, 2020. https://enfermeiros-intensivistas.webnode.pt/_files/200000051-d5436d63f2/CLIQUE%20AQUI%20Protocolo%20Hipertermia%20Maligna.pdf

IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE O ATENDIMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

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

O surgimento da pandemia de COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, trouxe inúmeras incertezas e gerou repercussões desafiadoras para o controle da doença e prevenção do aumento da mortalidade e complicações, principalmente em grupos mais vulneráveis da população. Pacientes com diagnósticos oncológicos, por sua vez, pertencem ao grupo de risco devido ao quadro de imunossupressão relacionado aos tratamentos ou pela própria doença aumentando o risco de possíveis desfechos clínicos graves e superiores de mortalidade por COVID-19 (XIA, *et al.*, 2020).

Com a suspensão e reorganização de serviços clínicos de triagem e diagnóstico do câncer, o atraso na detecção precoce e no acompanhamento de pacientes oncológicos pode ter um impacto dramático na saúde pública brasileira. Este aspecto, além da redistribuição de recursos para o atendimento agudo da COVID-19, dificultou a entrega do tratamento em tempo hábil e em regimes satisfatórios (FERREIRA *et al.*, 2020). O presente estudo busca identificar e analisar, por meio de dados públicos de saúde, as mudanças no número de diagnósticos de pacientes oncológicos atendidos pelo Sistema Único de Saúde no estado do Rio Grande do Sul no período pré-pandemia, de março de 2019 a fevereiro de 2020, e durante a pandemia de COVID-19, de março de 2020 a fevereiro de 2021.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo, com dados secundários disponíveis no Painel-Oncologia, que relaciona informações do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), por meio do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informações de Câncer (SISCAN). Foram considerados todos os registros nas categorias neoplasias malignas (Lei nº 12.732/12), neoplasias in situ, neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido e outras neoplasias (CID-10 C44+C73) no período pré-pandemia, isto é, de março de 2019 a fevereiro de 2020 e também os registros do primeiro ano da pandemia de COVID-19, contemplando os casos de março de 2020 a fevereiro de 2021. As variáveis estudadas foram: mês do diagnóstico, sexo, faixa etária, diagnóstico detalhado e tempo transcorrido do diagnóstico até o início do tratamento.

Este trabalho contempla, ainda, uma revisão integrativa da literatura, conforme descrito por Mendes *et al.* (2008). Realizou-se uma pesquisa bibliográfica para identificar estudos sobre o tema com as palavras-chave “COVID-19” e “Câncer”

por meio de três plataformas de pesquisas: Google Scholar, Scientific Electronic Library Online (Scielo) e PubMed.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De modo geral, observou-se um declínio de 14,4% (de 57.355 para 49.102) no número total de novos diagnósticos de neoplasias no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio Grande do Sul (RS) na comparação dos períodos de março de 2019 a fevereiro de 2020 com março de 2020 a fevereiro de 2021. Os meses com maior redução no número de diagnósticos foram maio, com 33,6%, abril, com 28,4% e julho, com 26,3%. O mês de março, prévio à instituição do Sistema de Distanciamento Controlado (Decreto Estadual nº 55.240, de 10 de maio de 2020), no entanto, foi o único a assinalar um aumento no número de diagnósticos (47,2%) na comparação com o mesmo mês no ano anterior.

Marques *et al.* (2021) avaliou o impacto da pandemia da COVID-19 no diagnóstico de câncer nas cinco regiões geográficas do Brasil, comparando a média mensal de novos casos de câncer diagnosticados em 2019 com a do ano de 2020. O déficit apurado pelos autores foi de aproximadamente 35% no número de novos casos de diagnóstico de câncer em todo o território nacional. A região Nordeste foi a mais afetada com uma redução de quase 47%. Os autores atribuíram essa redução global ao comprometimento que as consultas médicas tiveram no período pandêmico de 2020. Além disso, os estabelecimentos de saúde podem ter adiado ou passaram a ter tempos de resposta mais longos para a avaliação diagnóstica como consequência da realocação de recursos hospitalares para o enfrentamento da COVID-19 (SCHRAG *et al.*, 2020).

Quanto às mudanças no perfil dos pacientes oncológicos atendidos pelo Sistema Único de Saúde no RS, é possível verificar que a redução no número de diagnósticos em homens foi maior (16,4%), se comparado a mulheres (12,8%). As faixas etárias com maior decréscimo no número de diagnósticos nos períodos comparados foram dos 75 aos 79 anos (21,0%), dos 80 anos ou mais (20,1%) e dos 60 a 64 anos (17,9%).

Já em relação aos tipos de neoplasias diagnosticadas, o maior déficit é verificado na neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas do aparelho respiratório (58,3%), seguida de síndromes mielodisplásicas (54,8%), melanoma *in situ* (54,4%) e carcinoma *in situ* da cavidade oral, do esôfago e do estômago (53,5%). Algumas neoplasias, todavia, tiveram um aumento de diagnósticos no período de análise, como neoplasia maligna de outras glândulas endócrinas e de estruturas relacionadas (80,0%), neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido das meninges (66,7%), neoplasia maligna das meninges (63,6%) e outras neoplasias malignas e as não especificadas dos tecidos linfático, hematopoiético e tecidos correlatos (52,9%).

Dentre as neoplasias mais incidentes no estado no período pré-pandemia, registrou-se um decréscimo no número de diagnósticos de neoplasia maligna da mama (13,5%), neoplasia maligna do cólon (13,9%) e neoplasia maligna da próstata (28,9%). Neoplasia maligna do estômago, terceira mais incidente, registrou um aumento de 14,3% no número total de diagnósticos.

No período pré-pandemia, o tempo de espera para o início do tratamento foi de até 30 dias para 26,2% dos pacientes, já de março de 2020 a fevereiro de 2021, durante a pandemia, passou a ser de 26,7%. Os pacientes que aguardavam de 31-

60 dias aumentaram de 6,4% para 7,5%. Já o percentual de pacientes que iniciava o tratamento com mais de 60 dias sofreu uma redução de 14,1%.

O adiamento de cirurgias eletivas neste período, em especial, representa um problema na terapêutica da neoplasia, independentemente do tipo de câncer, já que há a possibilidade de não estar em conformidade com a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece o tempo máximo de 60 dias para início do tratamento oncológico. Constitui-se, assim, um desafio para a equipe multidisciplinar no cumprimento deste prazo estabelecido (BRASIL, 2012).

4 CONCLUSÕES

Desde o início da pandemia da COVID-19, foi observado declínio significativo no número diagnósticos de neoplasias no Sistema Único de Saúde no estado do Rio Grande do Sul. Esta diminuição pode ter efeitos negativos nas taxas de sobrevivência ao câncer e mortalidade por câncer em um futuro próximo. A literatura ainda é escassa na investigação da redução do número de diagnósticos de neoplasias malignas durante a pandemia de COVID-19, especialmente no contexto nacional e/ou em recortes que favoreçam comparações e discussões de hipóteses. A importância de identificar déficits relacionados aos diagnósticos oncológicos no contexto da pandemia da COVID-19 consiste na possibilidade de criação de bases de dados capazes de justificar a elaboração de protocolos específicos que podem orientar ações a fim de minimizar os impactos negativos na prevenção, no diagnóstico e no tratamento do câncer.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 12.732**, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm Acesso em 09 out. 2021.

FERREIRA, J.D. *et al.* Covid-19 e câncer: atualização de aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. TemaAtual, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1013> Acesso em 09 out. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 55.240, de 10 de maio de 2020. Institui o Sistema de Distanciamento Controlado para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. **DOE-RS: Legislação Estadual - Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/decretos-estaduais#:~:text=-%20Decreto%20Estadual%20n%C2%B0%2055.240,em%20todo%20o%20territ%C3%B3rio%20estadual>. Acesso em 09 out. 2021.

MARQUES, N.P. *et al.* Cancer diagnosis in Brazil in the COVID-19 era. In: **Seminars in Oncology**. WB Saunders, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7789866/>. Acesso em 09 out. 2021.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto &**

contexto-enfermagem, v. 17, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2021.

SCHRAG, D.; HERSHMAN, D.L.; BASCH, E. Oncology practice during the COVID-19 pandemic. **Jama**, v. 323, n. 20, p. 2005-2006, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764728>. Acesso em 10 out. 2021.

XIA, Y. *et al.* Risk of COVID-19 for patients with cancer. **The Lancet Oncology**, v. 21, n. 4, p. e180, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7130057/>. Acesso em 09 out. 2021.



IMPACTOS DOS TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS NA FERTILIDADE HUMANA

**SILVEIRA, Laura dos Santos; BOLL, Jessica Fernanda; MARINI, Jéssica Maria;
PECINI, Giliane; PIOVESAN, Gabriele Lígia; RAMBO, Ediane Maiara;
SORDI, Eduarda; SARTORI, Juliano.**

092998@aluno.uricer.edu.br; 045603@aluno.uricer.edu.br; 097045@aluno.uricer.edu.br;
095303@aluno.uricer.edu.br; 097751@aluno.uricer.edu.br; jsartori@uricer.edu.br;

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, evidenciamos um aumento de casos de remissão completa do câncer (CA), assim como das taxas de sobrevivência dos pacientes diagnosticados com a doença, ressaltando aqui a importância da oncofertilidade (BOURLON *et al.*, 2020). Os tratamentos oncológicos (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) relacionam-se com a infertilidade, porém o tratamento sistêmico mais usado – a quimioterapia – impacta na capacidade humana de reprodução em aspectos que dependem da droga terapêutica utilizada, do seu grau de toxicidade orgânica e da infertilidade.

Logo, ressalta-se a preocupação quanto à infertilidade secundária à quimioterapia, a qual também desencadeia redução do bem-estar psicológico e dificuldade de aceitação da doença por parte do paciente. Esse impacto físico e psicológico geram sentimentos de perda e luto, acarretando uma vida pós câncer mais conturbada, essencialmente quando envolve questões relacionadas à paternidade e/ou maternidade (SILVA *et al.*, 2021). Portanto, o objetivo deste resumo é discutir aspectos relacionados aos efeitos do tratamento farmacológico em pessoas diagnosticadas com CA e sua relação com a fertilidade.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada no presente resumo expandido é de pesquisa bibliográfica para revisão de literatura, com base em artigos e sites que possuem dados relevantes a respeito dos impactos dos tratamentos oncológicos na fertilidade. Para tanto, utilizou-se como mecanismos de pesquisa de informações as plataformas digitais Pubmed, SciELO e Google Acadêmico, fazendo uso das expressões “oncofertilidade”, “tratamento oncológico” e “câncer e fertilidade”.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A incidência de casos de câncer no Brasil apresenta-se crescentes, uma vez que há melhores condições de rastreamento e de diagnóstico precoce, por meio da compreensão da população em reconhecer sinais e sintomas, bem como do acesso facilitado aos serviços de saúde (OMS, 2020; INCA, 2021). Assim, as afecções neoplásicas nos órgãos reprodutores também apresentam prevalência elevadas, impactando na qualidade de vida e planejamento familiar. Nessa perspectiva, as tecnologias e estudos científicos nos garantem uma taxa de sobrevida considerável para os variados tipos de cânceres (GUERREIRO *et al.*, 2015).

A oncofertilidade é uma especialidade da medicina que tem como finalidade fornecer uma alternativa a homens e às mulheres em idade reprodutiva, por exemplo, que foram submetidas a tratamentos oncológicos e que desejam gestar uma nova vida. A impossibilidade de uma futura gestação nessas pacientes pode ocasionar problemas emocionais que envolvam todo o contexto familiar, nesse sentido, dados de uma revisão sistemática referente à carência de apoio à oncofertilidade para pacientes em idade fértil constatou que eles desejam receber informações adequadas que permitam refletir sobre a repercussão do tratamento na fertilidade, além de suporte psicológico especializado (LOGAN *et al.*, 2018 *apud* SILVA *et al.*, 2021).

Atualmente, existe uma tendência de adiamento da maternidade para uma idade a qual coincide com a do aumento da incidência de câncer, assim, mais mulheres são diagnosticadas com tal enfermidade durante a gestação, mesmo que isso seja incomum. Nesse sentido, estima-se que 1 em cada 1000 grávidas são diagnosticadas com câncer, sendo que os cânceres de mama, melanoma e cervical, seguidos por malignidades hematológicas, são os principais que são achados durante a gestação. Assim, uma vez realizado o diagnóstico, recomenda-se encaminhar a paciente a uma instituição com experiência nesse tipo de caso, capaz de avaliar os benefícios maternos e possíveis riscos fetais, como os oferecidos pela quimioterapia durante, especialmente, o primeiro trimestre de gravidez (PECCATORI *et al.*, 2013)

A infertilidade e o câncer, apesar de relacionados, têm menor associação do que a infertilidade e os tratamentos oncológicos. A permanência ou não da fertilidade diante tratamentos contra o câncer terá influência de fatores como: idade e estágio de desenvolvimento, tipo de cirurgia e qual a sua extensão – quando necessária a intervenção cirúrgica, qual o tratamento usado e qual sua dosagem. Nesse cenário, sabe-se que a quimioterapia é o tratamento de maior impacto na fertilidade, visto que ela atua em células que se dividem rapidamente, principalmente, e as células dos ovários possuem essa característica. Em menor grau, a radioterapia pélvica, abdominal e cerebral pode causar a infertilidade, e ainda, as terapias hormonais também podem afetar a capacidade de gestar ou interferir causando defeitos de nascença no feto. Outra terapêutica usada é a terapia direcionada e imunoterapia, que não possuem efeito definido dentro do cenário explorado (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020).

Ramazzotti e seus colaboradores (2018 *apud* MOURA; MONTEIRO, 2020) caracterizam o câncer como uma “síndrome heterogênea que evolui de várias maneiras, sendo esta mudança o resultado de uma mutação na atividade de vários oncogenes”, que são genes ligados ao surgimento de tumores, sendo considerado pela OMS, em 2018, como a principal causa de morte global. Além da proliferação de massas de células cancerosas e da formação fenotípica de complexos celulares, a citotoxicidade de agentes quimioterápicos antineoplásicos (AQA) modulam os hormônios sexuais dos pacientes. Um estudo observou que pacientes expostos à essa terapia, mesmo durante seu início, elevam os níveis de LH (hormônio luteinizante) e FSH (hormônio folículo estimulante) – com consequente insuficiência primária dos ovários –, e diminuem os de testosterona. Isso ocorre em virtude do *feedback* hormonal conduzido pelo eixo gonadal hipotálamo-hipófise, cuja síntese desses hormônios esteroidais controlam a produção de gametas maduros, de modo a aumentar essa concentração (HUDDART *et al.*, 2005; MADHU; REDDY; REDDY, 2016; LIANG *et al.*, 2019; CHANG *et al.*, 2019 *apud* MOURA; MONTEIRO, 2020).

Posto isso, ocorre uma alteração folicular e de esperma: os AQA atacam células com fenótipo proliferativo – cujo foco seriam as neoplásicas –, contudo, acabam agredindo igualmente células com perfil semelhante – as somáticas –, interferindo significativamente na foliculogênese, resultando em baixo desenvolvimento folicular (BRANDÃO *et al.*, 2010; MARTINEZ *et al.*, 2018 *apud* MOURA; MONTEIRO, 2020). Outrossim, Guerreiro *et al.* (2010 *apud* GUERREIRO *et al.*, 2015), destacam que o efeito gonadotóxico nas mulheres se dá pela redução do *pool* de folículos por conta de mecanismos de adaptação celular, como a atrofia (MEIROW *et al.*, 2010 *apud* GUERREIRO *et al.*, 2015), o que permite inferir ser um acontecimento também presente nas gônadas masculinas – os testículos. Ademais, em conformidade com Levi e demais autores (2015 *apud* MOURA; MONTEIRO, 2020), no sexo feminino, o AMH (hormônio anti-mülleriano) – que é responsável pelo desenvolvimento e crescimento das unidades funcionais dos ovários –, é alterado negativamente com a quimioterapia, mas é capaz de retornar à normalidade com o seu término, posto que, ao contrário da esterilidade, a infertilidade pode ser reversível quando identificada e manejada adequadamente.

Hoje, tecnologias de criopreservação de embriões (TROUNSON; MOHR, 1983 *apud* GUERREIRO *et al.*, 2015), reprodução assistida, reparo hormonal, fertilização *in vitro* e transplante de ovário são caminhos que podem ser seguidos para se preservar a fertilidade, contudo, nem sempre solucionam a adversidade em todos os pacientes, a saber, os pediátricos (TARÍN; GARCÍA-PÉREZ; CANO, 2016 *apud* MOURA; MONTEIRO, 2020). No entanto, é de extrema importância que essas informações sejam difundidas, pois a possível perda da capacidade de se reproduzir tem o poder de influenciar a adesão ao tratamento oncológico, sendo preciso adotar métodos que promovam a sobrevivência do paciente oncológico, não se esquecendo da sua qualidade de vida.

4 CONCLUSÕES

Diante do exposto, conclui-se que o tratamento oncológico possui impactos significativos na saúde fértil, podendo cursar com eventual infertilidade. Em um contexto onde há restrições na disponibilidade e disseminação de informações sobre a oncofertilidade, o acesso ainda precisa ser reforçado e implementado de forma sustentável, por meios culturalmente apropriados.

Diante de várias opções de tratamento, a boa estruturação da relação médico-paciente e as informações clínicas aliadas à correta adesão ao tratamento são fundamentais para a preservação da fertilidade de pessoas que buscam a cura do câncer. Desse modo, cabe ao profissional médico e equipe fornecerem aporte de informações ao paciente sobre a relação entre os possíveis efeitos quimioterápicos na reprodução, destacando a importância do planejamento reprodutivo na saúde e na satisfação pós câncer. Por conseguinte, é necessário fornecer um suporte psicológico adequado para que os pacientes possam lidar habilmente com a situação, sem ocorrer prejuízo de sua saúde mental.

REFERÊNCIAS

BOURLON, M.T. *et al.* Oncofertility as a Universal Right and a Global Oncology Priority. **Jco Global Oncology**, [S.L.], n. 6, p. 314-316, nov., 2020. <http://dx.doi.org/10.1200/go.19.00337>.

FEMALE FERTILITY AND CANCER. **American Cancer Society**, 2020. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8069.00.pdf>. Acesso em: 24, out. 2021

GUERREIRO, D.D. *et al.* Impacto dos agentes antineoplásicos sobre os folículos ovarianos e importância das biotécnicas reprodutivas na preservação da fertilidade humana. **Reprodução & Climatério**, [S.L.], v 30, n.2, p.90-99, maio. 2015..<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2015.09.004>.

HUDDART, R.A.; NORMAN; MOYNIHAN, C. A.; HORWICH; PARKER, C.; NICHOLLS, E.; DEARNALEY, D.P. Fertility, gonadal and sexual function in survivors of testicular cancer. **British Journal of Cancer**, v.93, n.2, p. 200-207, jul., 2005. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6602677>.

MOURA, G.A.; MONTEIRO, P.B. Cytotoxic Activity of Antineoplastic Agents on Fertility: a systematic review. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.42, n.11, p.759-768, nov., 2020. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1713911>.

PECCATORI, F.A.; AZIM, H.A.; ORECCHIA, R.; HOEKSTRA, H.J.; PAVLIDIS, N.; KESIC, V.; PENTHEROUDAKIS, G. Cancer, pregnancy and fertility: esmo clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, [S.L.], v. 24, p. 160-170, out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdt199>.

SILVA, S. *et al.* Fertilidade e contracepção em mulheres com câncer em tratamento quimioterápico. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 1-7, jan., 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0374>.



IMPLICAÇÕES DA COVID-19 NA GRAVIDEZ, MANIFESTAÇÕES E DESFECHOS CLÍNICOS

**DUARTE, Júlia Flores; FERREIRA, Brenda Menegol;
BAGGIO, Julia LuizaZanella; BIGOLIN, Sérgio.**

URI - Erechim - juliafloresd@outlook.com - bmenegol@gmail.com - julicazb@hotmail.com -
bigolinsb@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Em Março de 2020, após surto de COVID-19 em Wuhan, na China, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia de SARS-CoV-2. Em razão da alta taxa de transmissibilidade do vírus e das mudanças fisiológicas ocorridas durante o período grávido-puerperal - como a imunodeficiência causada pelas alterações fisiológicas hormonais (SILVA, *et al.*, 2021) -, as gestantes foram consideradas grupo vulnerável para o acometimento desta Síndrome Respiratória, haja vista a constatação de que, a depender do tempo gestacional, grávidas tendem a manifestar formas mais agressivas do novo Coronavírus.

Quando acometidas pelo SARS-CoV-2, as mulheres grávidas podem desencadear trabalho de parto prematuro, roprema e, ainda, aumentar a incidência de pré-eclâmpsia, o que traz malefícios tanto para a mãe quanto para o feto, haja vista o risco de prematuridade e transmissão vertical para o conceito.

Logo, sabendo das mudanças fisiológicas que vêm junto do período grávido-puerperal, bem como da vulnerabilidade das gestantes frente à pandemia de COVID-19 - seja pela alteração hormonal, seja pelas potenciais consequências que esta Síndrome Respiratória acarreta para gestante e conceito -, propõe-se a análise das implicações da COVID-19 na gravidez, manifestações e desfechos clínicos.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura referente às implicações da COVID-19 na gravidez, manifestações e desfechos clínicos. A busca pelos artigos a serem analisados se deu por meio das bibliotecas virtuais SciELO, PubMed e Google Acadêmico, cujas publicações foram feitas entre 2020 e 2021. A partir da análise dos artigos de interesse, pretendeu-se organizar um resumo expandido claro e conciso a respeito das implicações da COVID-19 na gravidez, suas manifestações e seus desfechos clínicos, bem como os riscos potenciais desta infecção viral para mulheres no puerpério e para recém-nascidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A crescente contaminação por COVID-19 no ano de 2020 trouxe à tona a necessidade de pesquisa acerca do seu impacto nos grupos de risco, dentre eles, as gestantes. Os estudos sugerem que as alterações fisiológicas que acompanham a gravidez podem aumentar a susceptibilidade à contrair o patógeno, como, por exemplo, o aumento de todos os componentes do Sistema Renina-Angiotensina-

Aldosterona, incluindo a enzima conversora da Angiotensina-2 humana (ECA2), que atua como receptor do vírus nas células hospedeiras. Isso desencadeia a produção de uma cascata de citocinas que gera resposta inflamatória generalizada, envolvidas em lesão pulmonar grave e demais sintomas da doença.

As pesquisas feitas com gestantes apontam uma variação entre pacientes assintomáticas e sintomáticas graves, em que febre e fadiga estão entre as principais manifestações clínicas. Em relação à gravidade da doença, tem se observado um médio risco de malformação congênita do feto em pacientes acometidas no primeiro trimestre gestacional devido à hipertermia, e maior morbidade em pacientes acometidas no terceiro trimestre, com chances aumentadas de descolamento de placenta, pré-eclâmpsia, rotura prematura de membrana, parto prematuro e eventos tromboembólicos, incluindo puérperas até duas semanas.

Nos casos de pré-eclâmpsia em gestantes acometidas pela doença, há um desequilíbrio no Sistema Renina-Angiotensina pela diminuição de Ang. 1-7 no plasma materno e aumento da Ang. II, também em decorrência da ligação do vírus com a ECA2. O COVID-19 e a pré-eclâmpsia compartilham o mesmo mecanismo fisiopatológico nas células endoteliais e distúrbios de coagulação, podendo causar disfunção microcirculatória, caracterizados por vasoconstrição, hipertensão e isquemia, contribuindo com quadros de pró-coagulopatias, como trombose venosa profunda, acidente vascular cerebral e embolia pulmonar (DE ALBUQUERQUE; MONTE; DE ARAÚJO, 2021).

Ademais, quanto aos tratamentos disponíveis para a COVID-19, sabe-se que não há medicamentos cientificamente comprovados que sejam capazes de combater o vírus SARS-CoV-2 em si. As farmacoterapias utilizadas visam o controle dos sintomas, como uso de antitérmicos para a febre e analgésicos para sintomas gripais, tais como cefaléia. Enquanto estudiosos buscam tratamentos específicos para o novo coronavírus, a maioria dos testes clínicos exclui mulheres grávidas e lactantes, sendo incluídas apenas nos casos em que há sintomatologia leve, o que, então, limita as opções terapêuticas para sintomas mais graves apresentados por elas. É de suma importância que este subgrupo - gestantes e lactantes - seja incluído em ensaios clínicos, a fim de que se desenvolvam protocolos de tratamento específicos e seguros, com efetividade baseada em dados precisos e claros quanto ao risco-benefício, sendo o risco representado pelas drogas teratogênicas, cujo princípio ativo pode atravessar a barreira placentária e causar anomalias e malformações fetais (FERNANDES; VENTUROTTI; CARVALHO, 2021).

Levando em consideração, ainda, que gestantes, lactantes e puérperas e, conseqüentemente, recém-nascidos são grupo vulnerável para Síndrome Respiratória causada pelo SARS-CoV-2, entende-se a possibilidade de complicações que alterem a homeostase do binômio materno-fetal. A ocorrência de pré-eclâmpsia e roprema, eventos já citados anteriormente, em gestantes infectadas pelo COVID-19, podem ocasionar parto prematuro e transmissão vertical para o feto, cuja imaturidade do sistema imunológico faz com que o neonato seja incapaz de combater o vírus de forma ativa e dependa da imunoglobulina G materna - presente no sangue neonatal após o nascimento -, bem como dos anticorpos do leite materno. Um dos problemas que a transmissão vertical do novo Coronavírus pode acarretar para o recém-nascido é a sepse neonatal tardia - devido à dita imaturidade do sistema imune -; contudo, estudos apontam que após

a antibioticoterapia, não há maiores complicações e não se faz necessário acompanhamento especializado ao bebê (BARBOSA *et al.*, 2021).

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que as implicações da COVID-19 na gravidez, manifestações e desfechos clínicos podem implicar em quadros graves, tanto para a gestante, quanto para o feto, fazendo necessária a intensificação do cuidado com esse grupo. A sintomatologia e evolução clínica da doença seguem sendo estudadas, visto que o vírus continua sofrendo mutações, tendendo a apresentar mudanças de comportamento no organismo humano conforme a variante contraída. Os eventos tromboembólicos e respiratórios desencadeados pelo processo inflamatório generalizado causado pelo SARS-coV-2 são de extrema preocupação, com enfoque para as gestantes do terceiro trimestre e puérperas. Por fim, a transmissão vertical permanece em estudo pela não linearidade dos casos, e os demais cuidados de isolamento tanto da lactante quanto do neonato são indispensáveis, principalmente pela imaturidade imunológica do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L.P. ; MONTE, A.V.L.; ARAÚJO, R.M.S. Implicações da COVID-19 para pacientes gestantes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4632, 9 out. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4632/2803>. Acesso em: 06 oct., 2021.

BARBOSA, A.C.S.; COSTA, C.M.; SANTOS, D.T.S.; FONSECA, I.C.V.; FREITAS, L.C.D.; FONSECA, L.B.; REZENDE, C.A.; BERNARDO, G.J.R.; OLIVEIRA, M.M. Repercussions in newborns infected by the new coronavirus during pregnancy: Integrative review. **Research, Society and Development**, v.10, n.8, p.e31510817364, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17364>. Acesso em: 23 oct. 2021.

FERNANDES, T.; VENTUROTTI, T.; CARVALHO, F. Avaliação de riscos dos medicamentos usados para o tratamento de covid-19 em gestantes infectadas e transmissão vertical. **Unesc em Revista**, v. 4, n. 2, p. 11-19, mar., 2021.

SEHNEM, G.; SEHNEM, G.D; MERIGO, G.K.; REZER, J.F.P. Possíveis implicações da covid-19 na gestação. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 12, n. 2, 4 dez. 2020.

SILVA, L. T.; MEURER, N. C.; RODRIGUES, D. A. C.; RAHAL, Y. A.; SOUZA, A.; CARAN, L. L.; CRUZ, I. M.; ROMERA, L. O.; ALMEIDA, L. B.; RIBEIRO, I. P. A.; NUNES, T. D. A.; FERRACINI, G. F.; POLIZELI, L. B.; GONÇALVES, F.; GONÇALVES, F. S. Pregnancy and COVID-19 pandemic: Impacts on the maternal-fetal binomial. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e23510716416, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16416>. Acesso em: 6 oct. 2021.

VIEIRA, A. R. L. C. .; ROCHA, A. J. C. .; FARIA, A. L. O.; OLIVEIRA, R. R. A.; BARROS, G. B. S. Pregnant women with COVID- 19 and its consequences for



newborns. **Research, Society and Development**, v.10, n. 12, p. e303101220506, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20506>. Acesso em: 6 oct. 2021.

IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA MÉDICO-LEGAL NOS CRIMES SEXUAIS



BRESSIANI, Paolla Favaro; NEGRÃO, Lethicia Frez; SANTOS, Eduarda Duarte dos; MARTINS, Luana Simionato; OLIVEIRA, Lara Vieira; SARTORI, Giana Lisa Zanardo.

URI Erechim - paollabre@gmail.com; lethiciafrez098@gmail.com;
eduardaduartedossantos@gmail.com; luana.simionato@hotmail.com;
laravieiradeoliveira@hotmail.com; sgiana@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo conhecer as peças fundamentais da análise forense, a orientação e intervenção terapêutica de proteção à vítima de violência sexual. Entre as diversas formas e aspectos de violência, encontra-se a violência sexual, a qual é compreendida como todo e qualquer ato em que uma pessoa, por meio de força física, coerção, sedução ou intimidação psicológica, obriga a vítima a praticar ou submeter-se a relação sexual. Tendo em vista a perturbadora prevalência de crimes sexuais, por todo o globo, é de suma importância que a função do médico perito legista seja exercida com diligência e cautela, devido a vulnerabilidade das vítimas e a gama de lesões possíveis que poderão vir a ser apresentadas, sejam elas visíveis ou não. O tema é delicado, complexo e de grande relevância científica, o que justifica, sem sombra de dúvida, a pesquisa sobre a perícia médico legal nos crimes sexuais.

2 METODOLOGIA

Para a construção desse resumo expandido utilizou-se da revisão literária por meio de pesquisa bibliográfica em artigos e livros referentes à “procedimentos realizados na perícia médico-legal nos crimes sexuais”. É uma pesquisa inicial que buscou explorar os conhecimentos já obtidos nas disciplinas do Curso de Medicina e no referencial bibliográfico utilizado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência sexual é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como qualquer ato, tentativa ou insinuação sexual indesejada ou por ações para comercializar ou usar a sexualidade de uma pessoa independente da relação que existe com a vítima. Contudo, essas ações se apresentam cada vez mais na sociedade. A perícia médico-legal surge como uma área de extrema importância, que assegura assistência à vítima recolhendo provas e auxiliando nos esclarecimentos para a parte judicial (CARVALHO, 2012).

A agressão sexual pode gerar prejuízos tanto físicos - traumatismos, hematomas, doenças sexualmente transmissíveis -, quanto psicológicos - cognitivos, emocionais, comportamentais (SCHAEFER *et al.*, 2012). Por isso, a importância de uma análise geral e detalhada no momento da perícia médico-legal, a fim de identificar qualquer dano ocorrido.

O médico, ao receber uma vítima de violência sexual, precisa estar preparado para saber atendê-la, não só tratando as possíveis lesões visíveis e estupros, mas também, como já citadas, as alterações e traumas psicológicos que podem ter ocorrido. Pois, as lesões que esses profissionais, do ambiente hospitalar, irão avaliar será diferente de um patologista em um laboratório forense que consegue retirar e recuperar um material biológico muito maior (LINCOLN, 2018). Dessa forma, a importância de conseguir atender a vítima de uma maneira acolhedora, que ela se sinta à vontade para que o exame ocorra da forma mais completa e correta possível.

De acordo com a OMS (2003) é imprescindível que, independentemente do momento em que o indivíduo que sofreu violência sexual procure o setor de saúde, seja oferecido um exame completo pelo médico legista. Primeiramente, o médico deve fazer uma avaliação, na qual deve obter um termo de consentimento esclarecido, obter também o histórico médico da vítima e uma anamnese com o relato do ato de violência sexual sofrido por ela. Para que assim, o profissional e a vítima tenham segurança dos exames a serem realizados.

A seguir, é necessário que a aparência geral da vítima seja observada, assim como sua capacidade mental e seu comportamento - os quais podem estar prejudicados tanto por efeito de alguma substância ou droga, quanto por alguma deficiência de longo prazo -, posteriormente há a aferição dos sinais vitais, o exame físico completo procurando sinais de violência (hematomas, abrasões, lacerações, inchaço, marcas de punção venosa, petéquias, sinais de hemorragia, contusões), sendo de muita importância a inspeção da boca (sinais na mucosa bucal e palatos), pode ser incluído no exame a raspagem de unhas e coleta de amostras da boca e de outros lugares em que há suspeita de conter algum vestígio do agressor (OMS, 2003). Dessa forma, nota-se a importância da realização do exame de forma completa e minuciosa na busca de qualquer evidência.

O exame, é concluído com a área genito-anal, onde se examina meticulosamente a região vulvar (canal vaginal, lábios, clítoris, hímen), pênis, testículos, períneo, anus e reto, podendo ser necessário analgesia e uso de espéculo ou colposcópio. Os locais que possam conter provas biológicas devem ser bem examinados e devem ser recolhidas amostras com esfregaços umedecidos (para sêmen, saliva, sangue) ou com pinças (para cabelo, fibras, terra). É necessário também coletar amostras de sangue da vítima para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e investigação de possível gravidez (OMS, 2003). Nessa parte do exame, principalmente, comprova-se a importância do médico estar capacitado para realizar o acolhimento da vítima e ter uma boa relação médico-paciente, pois isso irá influenciar em todos os passos do atendimento (DESLANDES, 2006) para conseguir tranquilizá-la para que a análise seja feita de forma tranquila e correta, recolhendo o máximo de vestígios possível.

Ressalta-se que quaisquer alterações e lesões devem ser registradas, incluindo tatuagens e deformidades físicas, juntamente com a descrição do local (através de mapas corporais), tamanho e forma, se possível fotografar quaisquer lesões (pode ser necessário um termo de consentimento à parte). Além disso, se a roupa do paciente é a mesma do momento do crime é necessário a autorização deste para a coleta para avaliação forense (OMS, 2003). Desse modo, sendo mais uma evidência a ser analisada.

É importante que cada procedimento do exame seja informado e explicado à vítima, dando espaço para perguntas e que sempre se peça autorização, respeitando a vontade do paciente. Também, se possível, permitir a presença de algum familiar ou amigo durante o exame, se a vítima desejar; caso não haja, é

importante que algum outro profissional da saúde esteja presente juntamente com o médico legista (OMS, 2003).

Algumas técnicas e estratégias úteis para lidar com vítimas de violência sexual são: chamar a vítima pelo nome, fazendo dela o foco central; ao se dirigir à vítima sempre informar qual o seu papel e sempre ter uma atitude profissional, mas com respeito e tranquilidade; ter calma, dar tempo à vítima; ser empático e não julgar; compreender questões culturais e/ou religiosas; ter compaixão. No cuidado de vítimas de violência sexual a prioridade é sempre a saúde e o bem-estar da vítima (OMS, 2003).

Com isso, observa-se a necessidade da adequada qualificação dos profissionais para o devido acolhimento das vítimas nos serviços de saúde. É preciso que o atendimento seja individualizado e humanizado, para que o paciente se sinta confiante em relatar o ocorrido e ser examinado (ROCHA *et al.*, 2021). Nota-se, portanto, o quanto o conhecimento e habilidade do médico perito será relevante para os exames a serem realizados nas vítimas dessa violência tão grave, que é a sexual.

4 CONCLUSÕES

Os crimes sexuais afetam em geral mais mulheres, seja fisicamente, bem como psicologicamente, mas também atingem crianças, adolescentes e idosos, que fazem parte de grupos considerados pela literatura e pela legislação, como vulneráveis. Toda vítima de violência, em especial a sexual requer do médico perito um preparo integral devendo sua atuação ser pautada pelo profissionalismo (conhecimento técnico e científico), pela habilidade prática, pela ética, pela empatia, sabendo valorizar o caráter humanístico da sua profissão junto a vítima, para prestar o melhor atendimento. As lesões decorrentes do crime sexual se manifestam de várias formas, como hematomas, infecções sexualmente transmissíveis e traumatismos. Dessa forma, na perícia médica em crimes sexuais, é de extrema importância a realização detalhada e minuciosa, incluindo a atenção psicossocial à vítima.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, R.M.O.M. **Crimes contra a Liberdade Sexual. A relevância da perícia Médico-Legal e Forense.** Dissertação (Mestrado em Medicina) – Escola de ciências biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto, 2012. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/75072/2/30633.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

DESLANDES, S.F., comp. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 301-320, 2006. Criança, mulheres e saúde collection. <https://doi.org/10.7476/9788575413296.0014>. Acesso em: 17 out. 2021.

LINCOLN, Catherine Ann. **Sexual Assault: Forensic Examination in the Living and Deceased.** Academic Forensic Pathology. [S. l.]: SAGE Publications, dez. 2018. DOI Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1925362118821490>. Acesso em: 14 out. 2021.

ROCHA, Leczy Renally Sampaio *et al.* A humanização do atendimento de enfermagem a mulheres vítimas de violência sexual. FRIAS, Ana Maria Aguiar (Org.). **Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem.** Atena Editora, 13 ago. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22533/at.ed.94821130819>. Acesso em: 17 out., 2021.

SCHAEFER, Luiziana Souto; ROSSETTO, Silvana; KRISTENSEN, Christian Haag. Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.28, n.2, p.227-234 jun., 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000200011>. Acesso em: 17 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence**, Geneva (2003). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf?sequence=1> Acesso em: 14 out. 2021.

INCIDÊNCIA DE DERMATOSES NA ATENÇÃO BÁSICA E A FALTA DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE



JARRÉ, Raphaela de Mello; HOFMANN, Amanda Luísa; COMIN, Gabriela; PERTILE, Julia Bianchi; SOARES, Julia Tolfo; ZEPKA, Mariah Maestri; ROSSATTO, Martina Picolo; CADORE, Simone Reghelin; SPONCHIADO, Victória; ASSONI, Ariane Sponchiado.

URI Erechim- raphaelamello18@hotmail.com; amanda.hofmann1@gmail.com; gabicommin@hotmail.com; juliapertile13@gmail.com; juliatolfos@gmail.com; zepkamariah@gmail.com; martina-picolo@hotmail.com; simonecadore1902@gmail.com; viicsponchiado@gmail.com; arianeassoni@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Dermatologia é uma ramo da medicina que se volta para o estudo de doenças de pele, cabelos, unhas e mucosas que estão associadas a doenças e lesões cutâneas sistêmicas. É fundamental destacar que a pele é o maior órgão do corpo humano, sendo a primeira barreira entre o meio externo e o organismo.

Segundo um estudo realizado pela disciplina de Dermatologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp), 9,8% dos usuários que procuraram atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) o fizeram por uma dermatose. Aproximadamente um quarto dos usuários atendidos apresentou um sintoma ou sinal dermatológico na consulta médica (SANTOS, 2007). Outro estudo brasileiro demonstrou alta prevalência das dermatoses durante uma clínica assistencial a uma população de 5.510 habitantes de um município do interior do País (Santa Cruz do Arari, Ilha de Marajó, PA). Em três dias, foram realizadas 200 consultas, das quais 36,5% foram motivadas por uma dermatose (OLIVEIRA; MONTEGUTI, 2010). Objetiva-se, com o presente estudo, dispor o que é dermatologia bem como relacioná-la com a procura por atendimento médico nas Unidades Básicas de Saúde devido a patologias, pondo em evidência o Câncer de pele.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido compreende uma breve revisão literária, de caráter descritivo e exploratório, sobre a incidência de dermatoses na atenção básica e a falta de capacitação dos profissionais da saúde. Foi elaborado por meio de artigos, livros e publicações, com buscas na plataforma do Google Acadêmico e Scielo, além de plataformas de dados indexadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Acompanhando o progresso geral da Medicina, a Dermatologia teve, nas últimas décadas, grande crescimento quantitativo e qualitativo, evoluindo de especialidade puramente clínica para médico-cirúrgica (BERNARDES *et al.*, 2014).

As patologias da pele são muito frequentes, acometendo aproximadamente de 30% a 55% da população (GOMES, 2011).

Estas queixas também são causas frequentes de procura por atendimento na Atenção Primária. Alguns estudos mostram que cerca de 90% dos pacientes com afecções de pele não são adequadamente diagnosticados, e seus casos são conduzidos de maneira equivocada, o que acaba gerando um elevado ônus ao sistema de saúde e à sociedade (GOMES, 2011).

Dentre os diagnósticos, o câncer de pele possui maior incidência no Brasil (CASTILHO *et al.*, 2010). Alguns fatores podem ser atribuídos para o risco do desenvolvimento dessa neoplasia, tais como: cor da pele, horário e tempo de exposição ao sol, residência em país tropical e uso de imunossupressão crônica. É possível compreender que o câncer da pele é dividido em dois tipos, sendo eles não melanoma e melanoma (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

Portanto, é de extrema relevância que os profissionais de saúde da unidade básica realizem o diagnóstico precoce do câncer de pele através da detecção de sinais e sintomas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Os médicos de família devem fazer o rastreio baseado no exame clínico visual da pele, incluindo a regra do ABCDE (assimetria da lesão, bordas irregulares, heterogeneidade de cor; diâmetro mais de 6mm e evolução ao longo do tempo), pode-se realizar também exames auxiliares feitos pelo dermatologista (NAPOLES, 2018). A Sociedade Brasileira de Dermatologia promove há alguns anos a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele, na qual médicos dermatologistas examinam a população e orientam sobre hábitos de vida saudável (GOMES, 2011).

Porém, pesquisa realizada com graduandos em Medicina mostrou que eles não têm oportunidades suficientes para observar, aprender e praticar o exame de câncer de pele (BERNARDES *et al.*, 2014), assim como, profissionais da área de saúde em várias localidades parecem não ter o domínio teórico-prático esperado para a condução das afecções dermatológicas. Diante das dificuldades enfrentadas na Atenção Primária acerca da prevenção, do correto diagnóstico e da conduta frente às afecções dermatológicas, é necessário ampliar o diálogo entre serviços, aparelho formador e especialidades, numa nova e necessária abordagem integral, com garantia de resolutividade na porta de entrada do sistema de saúde (GOMES, 2011).

Os graduandos precisam aprender as dermatoses mais frequentes. Precisam saber orientar os pacientes, sobretudo sobre umectação e fotoproteção, prescrever com segurança corticoides e descamativos tópicos, anti-histamínicos e antifúngicos sistêmicos. É necessário que o médico de formação geral saiba cauterizar, realizar biópsias e exéreses. Se os graduandos receberem boa formação, poucos exames serão necessários para a condução das dermatoses, e os encaminhamentos ocorrerão em uma pequena porcentagem dos casos atendidos (BERNARDES *et al.*, 2014).

4 CONCLUSÕES

A partir da análise dos artigos, foi possível analisar que as patologias de pele são muito encontradas nas Unidades Básicas de Saúde, essas sendo, na maioria das vezes, atendidas e tratadas por médicos não especialistas no assunto. Em uma UBS, o médico atende diversas doenças dermatológicas, porém a mais comum é o câncer.

Com isso, nota-se que é de extrema importância que médicos e funcionários da Atenção Primária tenham conhecimentos dermatológicos, para assim diagnosticar e tratar pacientes que necessitam desse auxílio. Assim, cada vez mais, aprimorando os trabalhos e oferecendo uma melhor condição de vida para os usuários da Unidade Básica de Saúde.

5 REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, T; MONTEGUTI, C.; VELHO. P.E.N.F. Prevalência de problemas dermatológicos durante uma clínica assistencial no interior do Brasil, 2010. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 6, p. 947-949, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/yXCSBkCTsJrcXnMZNdz69SP/?lang=pt>

SANTOS, J.A. Prevalência de dermatoses no município de Campinas SP. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 82, n. 5, p. 419-424, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-471167>

BERNARDES, C. *et al.* Diagnóstico e Condutas Dermatológicas em uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 88-94, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8mThdHMfQw9xtrkMHbDfdpC/abstract/?lang=pt>

GOMES, T.; MOURA, A.; AGUIAR, A. Dermatologia na Atenção Primária: um desafio para a Formação e Prática Médica, **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2012, v. 36, n. 1, p. 125-128, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/CS5j66FXw5WtfBqgQ4MbdFD/abstract/?lang=pt>

NAPOLLES, R.L.C.L. Plano de intervenção para prevenção e rastreamento de câncer de pele no Município de Botuverá. Santa Catarina. Monografia UFSC, Florianópolis, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010. **Departamento de Atenção Básica: Rastreamento**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf.

CASTILHO IG, et al. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n.2, p.173-178, 2010

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. 2014. **Câncer de Pele não melanoma**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma>.

LESÃO DE MANGUITO ROTADOR E A REALIZAÇÃO DE REPAROS POR VIDEOARTROSCOPIA



SOLEK, Camila Caetano; BATISTELA, Anieli; Busetto, Marcos Antonio.

URI - Erechim - solekmyla@gmail.com; anibatistela@hotmail.com;
Marbusetto@uol.com.br

1 INTRODUÇÃO

Denomina-se Manguito Rotador (MR) um complexo com quatro unidades de músculos, quais citam-se: subescapular, supraespinhal, infraespinhal e redondo menor (WASCHKE, 2018), que aliados a tendões e ligamentos, proporcionam maior estabilidade ao úmero e aos movimentos do membro superior. (SBOT).

Nesse aspecto, as lesões de ombro estão entre as mais frequentes cirurgias musculoesqueléticas (SBOT), podendo ter origem traumática ou degenerativa associadas ao envelhecimento. Sob esse viés, epidemiologicamente, a prevalência aumenta de acordo com a idade do paciente e varia de 7% a 40%. Além disso, como toda patologia, lesões parciais tendem a evoluir para lesões mais graves se não tratadas agressivamente. (ANDRADE *et al.*, 2004). Ademais, sabe-se que o rompimento do Manguito Rotador é caracterizado pela presença de dor e diminuição da força ao movimento de elevação, abdução e rotação do braço, conforme o grau da lesão. Segundo Charles Neer, a lesão de Manguito Rotador pode ser dividida em três estágios, considerando-se o primeiro quando há edema, inflamação e hemorragia; o segundo quando há espessamento da bursa e fibrose dos tendões; e o terceiro quando há ruptura completa do complexo. (MERAIO *et al.*, 2019)

Quanto aos procedimentos, reconhece-se que tanto cirurgias abertas quanto videoartroscopia apresentam resultados satisfatórios; entretanto, há atualmente a tendência de realização de reparos artroscópicos visto os benefícios do método para o cirurgião e paciente (MIYAZAKI *et al.*, 2009).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo a realização de revisão de literatura primando as lesões do manguito rotador e a realização de cirurgias por videoartroscopia, baseando-se em evidências clínicas e pesquisas atuais.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido foi elaborado a partir de pesquisa nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico e evidências da Sociedade Brasileira de Ortopedia, buscando uma revisão bibliográfica de artigos de 1996 a 2021, utilizando-se das palavras-chave anatomia, ortopedia, manguito rotador, articulação do ombro, cirurgia e videoartroscopia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etiologia da lesão de Manguito Rotador ainda é incerta, mas acredita-se ser multifatorial proveniente da avascularidade, idade ou carga excêntrica, fatores que

levam a diminuição funcional ou falência de fibras musculares. Sabe-se ainda que a lesão pode impactar áreas como a subacromial (ANDRADE *et al.*, 2004).

Quanto ao diagnóstico de lesões de MR, podem ser realizados exames de raio-x, ecografia e em alguns casos ressonância magnética e, a partir destes, quando confirmada o tratamento passa a ser cirúrgico, conforme a causa da lesão, podendo então ser cirurgia aberta ou artroscópica (SBOT).

Sabe-se que a cirurgia aberta pode levar a complicações de difícil correção no pós-operatório. Dessa forma, métodos menos invasivos como a vídeo artroscopia cirúrgica podem resultar em um melhor prognóstico, além de apresentar resultados iguais ou melhores do que as cirurgias convencionais, com redução drástica da morbidade, e aceleração do processo pós-operatório (MIYAZAKI *et al.*, 2009). Sob essa ótica, um estudo por Budoff *et al* observou 86% de bons resultados a partir do escore UCLA em 62 dos seus pacientes tratados com desbridamento, tendo feito ou não acromioplastia. (BUDOFF *et al.*, 2005). Todavia, é de suma importância ressaltar que as melhores indicações para realização da videoartroscopia são: lesões pequenas ou médias, presença de tendões facilmente mobilizáveis, lesões agudas e sem retrações (GODINHO *et al.*, 1996).

A respeito da técnica, a cirurgia por videoartroscopia consiste em, após posicionar o paciente em decúbito lateral realizar, a investigação artroscópica, auxiliada a utilização de uma bomba de infusão. Após a identificação da ruptura, é realizada a transfixação por via percutânea, a bursoscopia e o posterior tensionamento das bordas da lesão e avaliação da elasticidade dos tendões. Tais atitudes, dispostas anteriormente, têm como objetivo a preservação da anatomia do arco coracoacromial. Ademais, Mini-open incision são feitas em locais pré-determinados e as âncoras são fixadas nos furos realizados. Por fim, posteriormente a cirurgia, o paciente é imobilizado com uma tipoia simples, intermitentemente por três semanas e, aos cinco dias após a operação, é adotada a reabilitação ADM, através de exercícios passivos e autopassivos, ressaltando a melhor reabilitação. (GODINHO *et al.*, 1996).

Na maioria dos casos, a recuperação cirúrgica tem por média o período de 20 semanas. Em contrapartida o tempo necessário para resultado clínico ideal não é evidente na literatura (KJÆR *et al.*, 2018). Sobre a força muscular e a mobilidade, Reynald afirma que houve diminuição do recrutamento do trapézio superior após cirurgia a pequeno prazo que melhoram e aumentam quanto a ADM de flexão em 6 semanas pós-cirúrgicas. (REYNALD *et al.*, 2018). Visto isso, vale salientar ainda que quando comparada a via aberta, a videoartroscopia demonstra menos dor pós cirúrgica, além de retorno mais rápido à função e atividades diárias (MIYAZAKI *et al.*, 2009).

4 CONCLUSÃO

Portanto, as lesões de MR, são de grande frequência cirúrgica e necessitam de adequada intervenção. Observa-se então, perante a literatura, os benefícios do reparo por videoartroscopia das lesões de manguito rotador quando comparado a cirurgias abertas, com 89% dos resultados sendo bons e excelentes (MIYAZAKI *et al.*, 2009), visto seu impacto positivo tanto na cirurgia, permitindo visualização máxima da articulação com baixos danos teciduais, quanto no pós-operatório do paciente, como observado pela capacidade de elevação ativa do membro operado no final de 30 dias (GODINHO *et al.*, 1996), salientando uma reabilitação mais rápida e menos dolorosa em 87% dos pacientes operados (MIYAZAKI *et al.*, 2009).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Ronaldo Percopi *et al.* Lesão de manguito rotador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.39, n.11/12, 2004.
- BUDOFF, J.E; RODIN, D.; OCHIAI, D.; NIRSCHL, R.P. Arthroscopic rotator cuff debridement without decompression for the treatment of tendinosis. **Arthroscopy**, v.21, n.9, p.1081-9, 2005
- GODINHO, G.G. *et al.* Reparo das rupturas do manguito rotador do ombro pela videoartroscopia cirúrgica: técnica. **Revista Brasileira de Ortopedia, SBOT**, 23 out. 1996, v. 31, n. 4, 1996.
- KJÆR, B.H. *et al.* Progressive early passive and active exercise therapy after surgical rotator cuff repair (the CUT-N-MOVE trial). **Trials**, v.19, n.1, p.470. 2018.
- MERAIO, A.C.C. *et al.* Reabilitação em lesão de manguito rotador. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 16, ed. 45, p. 293-301, dez. 2019.
- MIYAZAKI, A.N. *et al.* Lesões extensas do manguito rotador: avaliação dos resultados do reparo artroscópico. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 44, p. 148-152, 2009.
- REYNARD, F. *et al.* Immediate and short-term effects of kinesiotaping on muscular activity, mobility, strength and pain after rotator cuff surgery: a crossover clinical trial. **BMC Musculoskelet Disord**, v.19, n.1, p.305. 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. **Lesão do Manguito Rotador**. Disponível em: <https://sbot.org.br/lesao-do-manguito-rotador/>.
- WASCHKE, J. (Coord.). **Sobotta atlas de anatomia humana**. 24. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE IDOSOS – OLHAR PARA O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE

PODGURSKI, Carolina Corrêa; ANDREOLI, Marina; ROMERO, Samuel Salvi.

URI Erechim – podgurski.carolina@gmail.com; mrnandreoli@gmail.com;
samuel@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem vivenciado a transição demográfica de forma acelerada, pois se observa na faixa etária acima dos 60 anos um movimento inverso a faixa etária dos zero aos nove anos, ao que projeções para 2040 estimam que, vão representar 23,4% e 10,1%, respectivamente, da população total (SCORTEGAGNA *et al.*, 2021). Essa concepção promove a ideia de que os profissionais de saúde necessitam de uma formação mais específica, integral e voltada para as populações em processo de envelhecimento.

Nesse processo de envelhecimento, constitui-se um direito inerente, o acesso da saúde a essa população, e assim também surgem seus desafios. Ao se considerarem demandas crescentes em virtude das alterações físicas, sensoriais, cognitivas, motoras, sociais, dentre outras, as buscas por acolhimento na rede de atenção básica podem ser maiores. É uma situação que gera desafios e acarreta maior disponibilidade pessoal, terapêutica e social, incluindo a inserção de tecnologias inovadoras no que diz respeito ao empoderamento dos usuários frente a novas formas de cuidado e compartilhamento do mesmo (ROMERO, 2017).

Com esta análise, observa-se que o **nível de letramento funcional**, objetiva a necessidade de promoção da saúde de idosos, com relevância aos **costumes** desses indivíduos e a diferença que essa variável implica. Para tanto, este trabalho objetiva construir uma análise acerca de uma das variáveis estudadas (**costumes dos idosos**) durante o desenvolvimento de uma dissertação de Mestrado que observou o construto Letramento Funcional em Saúde de Idosos (LFS).

2 METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como uma análise da variável costumes, estudado pelo autor, com base na leitura sistemática da Dissertação de Mestrado denominada Letramento Funcional em Saúde de Idosos, focada na descrição e discussão sobre o (LFS). A pesquisa que deu origem a dissertação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (parecer nº 467.889; CAAE 22094513.4.0000.5342).

A abordagem escolhida pelo autor foi de forma quali-quantitativa, pois trouxe como cerne os números de indivíduos (n= 175) com LFS na região do Rio Grande do Sul com dados compostos por características de cada idoso. No contexto da dissertação, houve elaboração de um instrumento de pesquisa composto por condicionantes sociais e demográficos (Sexo, idade, escolaridade (anos de estudo), ocupação, renda, situação conjugal; número de filhos, procedência, reside com acompanhante), saúde (diabetes, hipertensão, doenças osteoarticulares

(osteoporose, osteoartrite, artrite reumatoide), depressão, comorbidades e hábitos de vida (uso de álcool e tabaco), uso de medicamentos e tipos) (ROMERO, 2017).

Para construção da análise qualitativa o autor da dissertação selecionou, aleatoriamente, 10 idosos para responder à entrevista semiestruturada. A seleção dos indivíduos foi feita por meio de visitas domiciliares. O presente resumo se utilizou da variável **costumes** que emergiu da análise qualitativa apresentada pela dissertação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No contexto do estudo, alguns dados apresentaram-se de forma relevante sobre a questão social no Brasil. Foi avaliada uma amostra de idosos (n=175), obtida da população de referência (N=250) de idosos residentes na área urbana do município supracitado, (ROMERO,2017). Dos quais o autor constatou que 39,4% (n=69) dos 175 idosos do estudo apresentaram nível de LFS inadequado e 37,7% apresentaram nível de LFS limítrofe. Algo preocupante quando associado ao fato de que o público idoso, em sua maioria, faz algum tratamento medicamentoso, assim, precisa de uma orientação simples e compreensível.

Segundo Romero (2017) o cenário evidencia a importância de uma boa comunicação repassada pelos profissionais de saúde sobre o cuidado e a compreensão pelos usuários. Estes costumes envolvem formas de autocuidado (uso de chás, ervas medicinais, práticas caseiras, experiências de família), reunião de amigos, trabalhos voluntários, assim como, formas de aprendizado para manter a capacidade intelectual, cognitiva e social (ROMERO, 2017).

Indissociavelmente, fica claro o envolvimento dos **costumes** na longevidade, atividade saudável e equilíbrio psicossocial do idoso. Ademais, o estudo afirma que o LFS inadequado aumenta a possibilidade do indivíduo apresentar fatores de piora no estado físico e mental antecipado. Dessa forma, contribuir para o letramento funcional em saúde mantém a qualidade de vida do indivíduo idoso, acarretando em uma terapêutica mais adequada e satisfatória a essa população e ao profissional de saúde. A natureza dos resultados pressupõe, também, a reorganização dos cenários de saúde, entendendo que as necessidades são contínuas e que os serviços precisam de adaptações inerentes à melhoria do acesso, da integralidade, universalidade e equidade em saúde.

Ainda, o estudo provoca o entendimento sobre o LFS e propicia compreensões sobre a elaboração de protocolos de atendimento diferenciados, baseados nas competências culturais. O entendimento de que o LFS é necessário para melhorar a inclusão, inserção e adaptação dos idosos nas redes de atenção à saúde, torna-se fundamental, reconhecendo as diferenças entre os sujeitos e a forma como pode se garantir a longitudinalidade do cuidado e foco na corresponsabilidade em saúde.

4 CONCLUSÕES

Este resumo, bem como a dissertação supracitada, apresenta-se como uma oportunidade de reflexão para os profissionais de saúde - médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem – todos aqueles que tenham contado com esse público, e para toda a comunidade, servindo de estímulo para uma boa comunicação entre o profissional e o idoso.

Ainda, contribui para a perspectiva da promoção da autonomia idosa, por meio da atenção que pode ser construída pelos profissionais da saúde. A organização de práticas que possam melhorar o acesso da população idosa pode organizar cenários em que o envelhecimento ativo e saudável sejam realidades nas comunidades, sobretudo, compreendendo que os costumes dos idosos podem ser aproveitados nos planejamentos e estratégias em saúde, de uma forma geral.

REFERÊNCIAS

SCORTEGANA, H.M. *et al.*, **Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família**, 2021.

ROMERO, S.S. *et al.*, **Nível de letramento funcional em saúde e comportamento em saúde de idosos**, 2018.

ROMERO, S.S. **Letramento Funcional em Saúde de Idosos** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Envelhecimento Humano. Passo Fundo, 2017.

MAMOPLASTIA E A EXPERIÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO



PÉCORA, Aline da Silva; NAZZARI, Evelyn; BRESSIANI, Paolla Favaro; VENANCIO, Iris; AGLIARDI, Marina Colpo; ASSONI, Aline Sponchiato.

URI Erechim – pecoraaline@gmail.com, 020452@aluno.uricer.edu.br; paollabre@gmail.com; 097814@aluno.uricer.edu.br; marinacolpoagliardi@gmail.com; aline_sponchiado@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A cirurgia estética é realizada para alterar a forma das estruturas do corpo, principalmente, com o objetivo de melhorar a aparência e, por consequência, a autoestima do paciente. No público feminino, a mamoplastia é a cirurgia plástica mais desejada, com isso, muitas dúvidas surgem em relação ao procedimento, incluindo as possíveis alterações durante a amamentação, tanto na mamoplastia de aumento quanto na mamoplastia redutora. Afinal, os benefícios do aleitamento para as mães, para crianças e para a família são indiscutíveis, melhorando, principalmente, os indicadores de saúde materna e neonatal (CAMARGO, 2018). Assim, o objetivo é identificar a interferência - ou não - das mamoplastias na amamentação.

2 METODOLOGIA

Com o intuito de discorrer acerca do tema da cirurgia plástica, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a mamoplastia e a sua relação na experiência da amamentação, buscando entender a sua interferência ou não no processo de aleitamento para apresentar na 4ª Jornada Acadêmica do Curso de Medicina da URI-Erechim. Para a localização dos artigos, foram realizadas pesquisas nas plataformas do Google Acadêmico e Scielo por meio de palavras-chave.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cirurgia plástica estética é realizada para alterar a forma das estruturas do corpo, principalmente, com o intuito de melhorar a aparência e, por consequência, a autoestima do paciente (FERREIRA, 2000). A valorização do corpo perfeito impulsiona esses procedimentos, pois gera rigorosa autoavaliação da pessoa em relação ao seu corpo e ao padrão de beleza ideal, ocasionando, por muitas vezes, uma insatisfação com a aparência (SANTE *et al.*, 2010). Assim, o indivíduo procura a plástica como uma solução para seu bem-estar físico e mental. A imagem corporal idealizada pela maioria das mulheres conta com presença de seios volumosos, bem delineados e firmes, logo, para mulheres que buscam esse padrão, a mamoplastia de aumento ou redutora é uma opção (DORNAUS, 2005).

A ocorrência de mamoplastia redutora está cada vez mais presente na população feminina, seja por indicação médica (por apresentar dor na mama, pescoço e costas) ou por motivos exclusivamente estéticos. A mamoplastia redutora ideal é aquela que resulta em uma mama do tamanho desejado, com uma boa aparência, que deixa uma cicatriz escondida e preserva a sensibilidade do mamilo e a capacidade de amamentar (SERLETTI, 1992).

A mamoplastia redutora não impede a amamentação, desde que a inervação do mamilo esteja preservada, os ductos lactíferos patentes e os seios lactíferos intactos, em comunicação com os poros lactíferos, para permitir as sensações que atuam como gatilhos para os reflexos de produção e ejeção do leite (PADOVEZ, 1989). No entanto, na prática clínica, é observado que muitas mulheres com mamoplastia redutora prévia não conseguem sucesso na amamentação, sendo analisado que a duração do aleitamento materno exclusivo é menor por uma diminuição da produção de leite. Assim, a manutenção exclusiva do leite materno é mantida por um período bem menor nessas crianças.

Em contrapartida, as mulheres que desejam aumentar o tamanho das mamas por fins estéticos recorrem à mamoplastia de aumento com implantes mamários, geralmente não ocorre alteração na amamentação, mas pode ocasionar dificuldades de amamentação dependendo da incisão, lesão de ductos lactíferos e manipulação da mama em graus variáveis para inserção do implante no ato cirúrgico. É fundamental que as mulheres que possuem a prótese de silicone recorram a um auxílio profissional para uma orientação adequada no momento da amamentação, afim de diminuir a dor, auxiliar na liberação do leite e também propiciar uma experiência agradável (MARCACINE *et al.*, 2018). Logo, se o procedimento for bem realizado, com uma boa implantação da prótese, um acompanhamento pós-operatório e um auxílio para o manejo adequado durante o período de aleitamento, a prótese de aumento não acarreta em prejuízo na vivência mãe-filho.

Os estudos acerca da interferência da prótese mamária no aleitamento ainda são escassos, contam com pequenos números de mulheres e desconsideram amamentações anteriores à mamoplastia e fatores socioeconômicos ou culturais (BELENTANI *et al.*, 2011) mas por enquanto, as pesquisas não afirmam completamente que os implantes mamários afetam no processo de amamentação. Assim, pode ocorrer o aleitamento e a interação mãe-filho de forma correta e satisfatória para os dois.

4 CONCLUSÕES

As intervenções cirúrgicas alteram as estruturas mamárias, o que pode alterar a produção de leite, ocasionando dificuldades e até mesmo impossibilitando a amamentação. Sendo assim, tem-se como reflexo um período menor de aleitamento quando comparado à mulheres que não realizaram mamoplastias tanto de redução quanto de aumento. Além disso, em todos os casos de cirurgia mamária é importante a avaliação e o acompanhamento do recém-nascido durante o período de amamentação, por ser uma experiência única com resultados individuais. Entretanto, resultados concretos não podem ser afirmados por falta de estudos na área.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, M.C. Cirurgia Plástica Estética - Avaliação dos Resultados. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v.15, n.1, p.61-66, 2000.

SANTE, A.B.; PASIAN, S.R. Imagem corporal e características de personalidade de mulheres solicitantes de cirurgia plástica estética. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 429-437, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000300003>.

DORNAUS, M.F.P.S. **A Experiência de Amamentação de um Grupo de Mulheres com Mamoplastia Redutora e de Aumento.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2005.

BELENTANI, L.M. *et al.* Visão de Mulheres que Experienciaram o Aleitamento Materno após Implante de Prótese Mamária. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 254-260, abr./jun., 2011.

SOUTO, G.C. **O Efeito da Mamoplastia Redutora na Prática do Aleitamento Materno.** Dissertação (Mestrado em Pediatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 2001.

SILVA, M.L. **Amamentação em Mulheres com Mamoplastia Prévia de Redução de Mamas ou de Aumento de Mamas com Colocação de Prótese de Silicene.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. 2009.

CAMARGO, J.F.; MODENESI, T.S.S.; BRANDÃO, M.A.G.; CABRAL, I.E.; PONTES, M.B.; PRIMO, C.C. **Breastfeeding experience of women after mammoplasty.** *Rev Esc Enferm USP*, 52:e03350, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017020003350>

ABRÃO, A.C.F.V. *et al.* Amamentação em mulheres com mamoplastias: evidências atuais. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**, 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/917-amamentacao-em-mulheres-com-mamoplastias-evidencias-atuais>. Acesso em: 17 out. 2021

BELENTANI, L.M. *et al.* Visão de mulheres que experienciaram o aleitamento materno após implante de prótese mamária. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20429/14212>. Acesso em: 19 out. 2021.

MARCACINE, K.O. *et al.* Fatores associados à mamoplastia de aumento e o aleitamento materno. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 52, mar. 2018. Acessado em: 20 out. 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017037803363>

MANEJO DE DOR CRÔNICA EM PACIENTES COM RISCO ADITIVO EM OPIÓIDES



FRIESEN, Lara Comarella; FERREIRA, Brenda Menegol; TONINI, Beatriz Wustro; BAMPI, Larissa; CORRADI, Verônica; RIGO, André; HSU, André Keng Wei.

URI - Erechim - lara.friesennn@gmail.com; bmenegol@gmail.com; bia_wustro@hotmail.com; lalabampi@hotmail.com; veronica.corradi@hotmail.com; andrerigo@gmail.com; andrekeng@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O ópio é uma substância extraída de uma planta conhecida popularmente como Papoula. Os opióides são drogas com ação semelhante à da morfina e são considerados os analgésicos mais amplamente utilizados e eficazes para o tratamento da dor e dos distúrbios relacionados. Apesar do grande efeito analgésico, o grande temor do uso prolongado de opióides é o aumento substancial do risco da sua principal complicação: o vício (NASCIMENTO; SAKATA, 2011).

Em 1700, John Jones, médico londrino, publicou um livro denominado *Mysteries of Opium Revealed*, no qual constava, provavelmente, a primeira publicação especificamente sobre o ópio. Na obra, o autor alertava para os riscos do emprego excessivo dessa droga, admitindo que os efeitos adversos observados pudessem ser consequentes a resíduos não eliminados durante o processo de preparação (DUARTE, 2004). Segundo um estudo realizado em 2010 e publicado na *Journal of Addiction Medicine*, estima-se que a dependência a opióide ocorre por prescrição legal em 30% a 40% dos pacientes (CANFIELD *et al.*, 2010) (NASCIMENTO; SAKATA, 2011). Assim, sabendo que o tratamento multimodal da dor crônica é essencial para o status físico, mental e para a qualidade de vida do paciente, o presente estudo tem por objetivo descrever o tratamento e o manejo da dor em pacientes com riscos aditivos em opióides.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido consiste em uma pesquisa bibliográfica referente ao manejo da dor crônica em pacientes com risco aditivo em opióides. Os artigos analisados foram encontrados nas plataformas PubMed, Scielo e Google Acadêmico. A partir das análises da literatura buscou-se elaborar um resumo expandido que apresentasse uma discussão clara sobre os fatores de risco e estratégias para tratar a dor minimizando a possibilidade de adição a opióides.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Dor crônica e opióides

A dor crônica pode ser definida como aquela contínua ou recorrente, com duração mínima de três meses e que, muitas vezes, não desaparece com o emprego de procedimentos terapêuticos convencionais (DELLAROZA *et al.*, 2007). Os opióides, por sua vez, são medicamentos importantes utilizados com propósitos

médicos específicos, incluindo o tratamento da dor crônica. No entanto, seu alto potencial aditivo exige cuidado na administração dessas substâncias psicotrópicas (BALTIEIRI *et al.*, 2004). Dessa maneira, o manejo abrangente da dor crônica baseado no modelo biopsicossocial proporciona uma melhora nos resultados da terapia (WIEDEMER *et al.*, 2007).

3.2 Adição aos opióides

A adição aos opióides se define como um padrão mal-adaptativo do uso dessas substâncias, levando ao prejuízo ou ao sofrimento clinicamente significativos, que se manifestam em sintomas como a tolerância e a abstinência (BALTIERI *et al.*, 2004). Existem alguns fatores de risco para a dependência entre os pacientes em tratamento com opióides como, por exemplo, ser jovem, ter dor crônica após acidente automobilístico, apresentar múltiplas regiões dolorosas, ter antecedente de uso de drogas ilícitas, possuir depressão ou outra doença psiquiátrica e fazer uso de medicamento psicotrópico. Nesse sentido, acredita-se que a dependência ocorra devido a uma combinação de fatores que incluem a predisposição genética, o perfil psicológico, o contexto sócio-cultural e a exposição ao fármaco (NASCIMENTO; SAKATA, 2011).

Os sinais de uso compulsivo incluem um conjunto de comportamentos que podem causar suspeita de dependência, como a falsificação de prescrições, o roubo de medicamentos, o abuso concomitante de drogas e de álcool e a busca por prescrições com diferentes médicos (HOJSTED; SJOGREN, 2007). Desse modo, a capacidade de identificar pacientes em risco antes de iniciar o tratamento com opióides pode auxiliar na terapêutica (FRIEDMAN; LI; MEHROTRA, 2003).

3.3 Tratamento da dor crônica

O manejo da dor crônica em pacientes com risco aditivo em opióides, geralmente, é feito pela escolha da metadona ou da buprenorfina para realizar o tratamento (BALTIERI *et al.*, 2004). A metadona - segundo opióide forte mais utilizado no tratamento da dor crônica - é utilizada para evitar a síndrome de abstinência e para bloquear os efeitos de euforia do consumo de opióides. Seu uso foi aprovado pela Food and Drug Administration (FDA), dos Estados Unidos, para tratar a dor em caso de vício, porém, nesses casos, a dose deve ser dividida em 3 a 4 vezes para que o efeito analgésico seja mais curto do que os efeitos anti-desejo e anti-abstinência (SALSITZ, 2015). Ainda, é capaz de produzir menos náusea, constipação e sedação. Deve-se, porém, monitorizar com maior frequência os pacientes em início do tratamento, bem como idosos e aqueles que usam outros fármacos com efeitos sedativos. Logo, com o escalonamento da dose e levando em conta a realização de uma terapia multimodal adequada, a analgesia e os efeitos adversos oferecidos pela metadona podem ser satisfatoriamente balanceados, sendo este opióide, portanto, eficaz no manejo da dor crônica. A buprenorfina, por sua vez, possui dissociação lenta, baixo risco de sobredose e de abuso e menos sintomas de abstinência quando comparada a outros medicamentos da mesma classe, configurando, também, uma boa escolha para os pacientes com risco de dependência (RIBEIRO; SCHMIDT; SCHMIDT, 2002).

Existem, ainda, outras estratégias fundamentais para melhorar a dor minimizando a possibilidade de abuso como, por exemplo, a avaliação cuidadosa do caso, a seleção da terapia mais apropriada, a monitorização regular do paciente, a detecção de possíveis comportamentos aberrantes, a avaliação periódica e o

acompanhamento da dosagem urinária. É imprescindível que o paciente receba um tratamento multidisciplinar, incluindo psicoterapias, terapias cognitivo comportamentais e grupos de autoajuda (NASCIMENTO; SAKATA, 2011).

Nessa conjuntura, o tratamento deve ser feito em um curto prazo e somente se os potenciais riscos puderem ser minimizados. Todas as informações devem ser revistas com o paciente, sendo bem estabelecido o tipo e a dose do opióide, a frequência de distribuição da medicação e a periodicidade dos exames de urina. Para os indivíduos que fazem uso de mais medicamentos do que o prescrito, os opióides devem ser fornecidos diariamente, semanalmente ou quinzenalmente e os testes de urina devem ser solicitados com mais frequência, de acordo com o padrão de confiabilidade. Ainda, para aqueles com suspeita de abusar de um opióide específico, deve ser feita a troca por outro ou a redução gradual da dose, que será considerada ideal quando houver analgesia efetiva com sintomas mínimos de abstinência (NASCIMENTO; SAKATA, 2011).

4 CONCLUSÕES

Conclui-se que o manejo da dor crônica em pacientes com risco aditivo em opióides tem como principal preocupação o vício substancial atrelado a pacientes com predisposição a esta condição. Essa, apresenta alguns fatores de risco para seu desenvolvimento e ocorre devido a uma combinação de fatores que incluem predisposição genética, perfil psicológico, contexto sócio-cultural e a exposição ao fármaco. Devido a isso, são elencadas algumas opções para o manejo da dor nestes pacientes como o uso de metadona ou de buprenorfina além de acompanhamento da dosagem urinária, bem como tratamento multidisciplinar e grupos de autoajuda.

REFERÊNCIAS

BALTIERI, D.A.; STRAIN, E.C.; DIAS, J.C.; SCIVOLETTO, S.; MALBERGIER, A.; NICASTRI, S.; JERÔNIMO, C.; ANDRADE, A.G. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.26, n.4, p.259-69, 08 set., 2004.

CANFIELD, M.C.; KELLER, C.E.; FRYDRYCH, L.M. *et al.* Prescription opioid use among patients seeking treatment for opioid dependence. **J Addict Med**, v.4, n.2, 108-13, 2010.

DELLAROZA, M.S.G. *et al.* Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.

DUARTE, D.F. Uma Breve História do Ópio e dos Opióides. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, p. 135 - 146, 13 out. 2004.

FRIEDMAN, R.; LI, V.; MEHROTRA, D. Treating Pain Patients at Risk: Evaluation of a Screening Tool in Opioid-Treated Pain Patients With and Without Addiction. **Pain Medicine**, v.4, n.2, p.182–185, 2003.

HØJSTED, J.; SJØGREN, P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. **European Journal of Pain**, v.11, n. 5, 2007, p.490-518, 2007.

NANCY, L. *et al.* The Opioid Renewal Clinic: A Primary Care, Managed Approach to Opioid Therapy in Chronic Pain Patients at Risk for Substance Abuse, **Pain Medicine**, v.8, n.7, oct., p.573–584, 2007.

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

RIBEIRO, S.; SCHMIDT, A.P.; SCHMIDT, S.R.G. O uso de opióides no tratamento da dor crônica não oncológica: o papel da metadona. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.52, n.5, p.644-651, 2002.

SALSITZ, E.A. Chronic Pain, Chronic Opioid Addiction: a Complex Nexus. **J. Med. Toxicol.**, v.12, p.54–57, 2016.

O ACOLHIMENTO DOS IMIGRANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA



AMARAL, Diandro; PEREIRA, Débora Alves; BAGGIO, Júlia Luiza Zanella; VIEIRA, Marcella Culau; MÜLLER, Nathana; ROMERO, Samuel Salvi.

URI Erechim – diandro_amaral@hotmail.com; debora.ap@hotmail.com; julicazb@hotmail.com; marcellaculau@gmail.com; nathana.muller@hotmail.com; samuel@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Desde a época da escravidão presencia-se o preconceito enraizado na população brasileira e essa discrepância perpetua-se no século XXI. Tal discriminação, quando associada a área da saúde, torna-se ainda mais alarmante, visto que confronta os princípios e condutas do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os quais assegura que o cuidado deve ser universal, sem distinção por cor, raça, classe social, religião, orientação sexual e cultura (ALVES *et al.*, 2020). Alguns pontos devem ser considerados quando se discute a saúde dos imigrantes na atenção básica, entre eles, principalmente, as dificuldades de comunicação e acolhimento, a barreira com o preconceito e a rotulação para a discriminação (FRANKEN; COUTINHO; RAMOS, 2007).

Diante do exposto, considerando que os determinantes culturais e a forma como os pacientes são tratados induz aos comportamentos em saúde (PIRES *et al.*, 2010), as pesquisas, resultados e intervenções relevantes ao tratar-se dos imigrantes em território brasileiro, justifica-se essa revisão bibliográfica. Portanto, esse estudo tem como intuito reunir dados e aspectos que demonstrem como os fatores discriminatórios podem corromper com os princípios do programa de saúde vigente no país.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa a partir do acolhimento dos imigrantes na Atenção Primária em Saúde, por meio das bases de dados BVS (MEDLINE, SCIELO, BDNF, LILACS) e PUBMED. Os descritores associados foram relacionados à Medicina; Imigrantes e Atenção Primária à Saúde entre os anos de 2000 e 2021.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Os imigrantes, os profissionais da Atenção Primária à Saúde e os fatores que dificultam a assistência

A presença de pessoas de outros países do hemisfério Sul, como Bolívia, Senegal, Congo, entre outros, é cada vez maior no Brasil. Isso faz com que seja necessária a discussão sobre a inserção dessa população nos serviços de Atenção Básica à Saúde oferecidos, bem como as políticas públicas que nesse cenário. (LOSCO; GEMMA, 2021).

Em primeira análise, uma pauta que interfere na boa conduta e boa prestação de serviços à saúde dos imigrantes são as dificuldades e preconceitos relacionados às adversidades socioeconômicas e culturais. Além dos profissionais da área da saúde estarem ligados diretamente a essa barreira que impede um bom atendimento à população, o próprio formato do sistema e da organização do trabalho não favorecem para que o profissional adote uma postura adequada em relação ao usuário estrangeiro. Uma vez que o atendimento a um estrangeiro demanda um pouco mais de tempo e estudo, porém o sistema exige e cobra que metas e números de atendimentos sejam alcançados (MASSIAT *et al.*, 2015), visto que o número de profissionais muitas vezes também é escasso. A reflexão é necessária para conhecer os problemas e agir sobre eles.

Os profissionais muitas vezes não estão preparados para ter contato com essa população, perante o fato de não se ter conhecimento sobre suas vulnerabilidades, estagnações e condições sociais de cada um desses grupos de imigrantes, por exemplo, muitos desses indivíduos não possuem documentação e assim não adentram ao mercado de trabalho e se encontram em condições desoladas (ESHIAET; PARRY, 2003).

3.2 O idioma como barreira para o acolhimento ao imigrante na Atenção Primária

O processo migratório é um fenômeno dinâmico, que se relaciona com a atual Divisão Internacional do Trabalho (DIT). O Brasil tem sido um destino procurado por muitos imigrantes, como venezuelanos, bolivianos, bengaleses, entre outros, devido às intensificações nas restrições para imigração em direção aos países do Norte global. Assim, a chegada de imigrantes ao Brasil coloca os profissionais da Estratégia Saúde da Família em um grande desafio para o acolhimento equitativo, integral e universal, sobretudo por conta das dificuldades em relação ao idioma (DELAMUTA *et al.*, 2020).

A barreira linguística entre profissionais da saúde da Atenção Básica e imigrantes se confirmou em um estudo realizado no Paraná, Brasil. Foi realizada uma entrevista semiestruturada, com 700 bengaleses, atraídos pela força da indústria frigorífica, e, os dados confirmaram que o idioma dos imigrantes afeta na forma de acolhimento prestado pelos trabalhadores da equipe Estratégia Saúde da Família. (ALMEIDA; SOUZA, 2017). Resultado semelhante foi encontrado no bairro do Bom Retiro, município de São Paulo. Imigrantes bolivianos foram submetidos a um estudo qualitativo, em que se conseguiu categorizar cinco das principais dificuldades encontradas pelo grupo imigrante. De acordo com a população andina, entrevistada, o uso de dialetos “Aymará” e o “Quéchua” não conseguem ser compreendidos durante a busca por atendimento na UBS do Bom Retiro. Assim sendo, é válido se considerar que a Atenção Básica precisa ser compatível linguisticamente à população imigrante, porque esse grupo populacional realiza uma constante mobilidade no espaço (LOSCO; GEMMA, 2021).

3.3 Sugestões de intervenção: recursos para diminuir as dificuldades no atendimento em saúde da população imigrante

A dificuldade de comunicação e a discriminação sofrida pelos imigrantes se mostraram recorrentes nos estudos analisados. Por esse motivo, sugere-se que, o país receptor, deve, em respeito aos direitos humanos, se responsabilizar por

desenvolver políticas e condições concretas de acesso aos serviços de saúde por parte dessa população crescente (DAMASCENO; SILVA, 2018).

O estudo de Carneiro *et al.* (2018) informa que, em 2013, foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Políticas para o Migrante com finalidade de atender a demanda dessa comunidade em específico, e que esta Conferência serviu de base para outras políticas de inclusão de imigrantes nos serviços públicos.

Atitude como a parceria do Ministério da Educação com o Ministério da Justiça e a Prefeitura de São Paulo ao ofertar cursos de língua portuguesa a imigrantes deve ser replicada por outras cidades do país, pois a comunicação integra e inclui os imigrantes na sociedade (DAMASCENO; SILVA, 2018). Os aspectos relacionados aos determinantes culturais, como os costumes e crenças influenciam os comportamentos em saúde e a necessidade percebida sobre a utilização dos serviços de saúde (PIRES *et al.*, 2010). Desse modo, o estudo realizado por Losco e Gemma, em 2021, mostrou o quão efetivo foi os profissionais de saúde participarem de programas de rádio da comunidade imigrante moradora do território estudado na pesquisa, uma vez que as rádios comunitárias são historicamente utilizadas por essas pessoas. Assim, se faz basilar incentivar esses profissionais a estarem mais em contato com os imigrantes. Sendo que, desta maneira, essas pessoas possam se sentir mais acolhidos e cuidadas dentro do sistema de saúde, possibilitando a proximidade entre usuários e equipe de saúde.

4 CONCLUSÃO

Mediante o que foi exposto no texto, conclui-se que as unidades básicas de saúde realizam o acolhimento ao imigrante, porém ainda é necessário o desenvolvimento de estratégias que facilitem o mesmo. Como por exemplo o uso de cartazes informativos em outras línguas e o desenvolvimento de programas que auxiliem os profissionais da APS no atendimento aos usuários, facilitando o contato entre eles.

REFERÊNCIAS

ALVES, P.H.M.; SALGUEIRO, C.D.B.L.; ALEXANDRE, A.C.S.; OLIVEIRA, G.F. de. Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.6, p. 2227-2236, 2020.

CARNEIRO N.J.; GAETA, R.; MALVASI, P.A.; AGUIAR, B.S.; FERREIRA F.R.; OROZCO Y.P. Políticas Públicas no contexto dos processos migratórios no Brasil: a experiência da construção da Política Municipal de Saúde para Imigrantes e Refugiados na cidade de São Paulo. In: SILVEIRA, C.; GOLDBERG, A.; MARTIN, D. (Org). **Migração, Refúgio e Saúde**. Santos: Leopoldianum, 2018.

DAMASCENO, R.F.; SILVA, P.L.N. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **Journal of Management & Primary Health Care**, v.9, 2018.

DELAMUTA, K.G.; MENDONÇA, F. de F.; DOMINGOS, C.M.; CARVALHO, M.N. de. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.8, 2020.

ESHIETT, M.U.A.; PARRY, E.H.O. Migrants and health: a cultural dilemma. **Clinical Medicine**, v.3, n.3, 2003.

FRANKEN, I.; COUTINHO, M.P.; RAMOS, N. Migração e qualidade de vida, o pensamento social de brasileiros migrantes. **Psicologia Social, Clínica e Saúde Mental.**, v.26, n.4, 2007.

LOSCO, L.N.; GEMMA, S.F.B. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v.23, 2019.

MAISSIAT, G.S.; LAUTERT, L.; DAL PAI, D.; TAVARES, J.P. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.36, n.2, p. 42-49, 2015.

PIRES, M.R.G.M.; GÖTTEMS, L.B.D.; MARTINS, C. M. F.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência e Saúde Coletânea**, v.15, n.1, p. 1009-1019, 2010.



O DIAGNÓSTICO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA: UM GATILHO PARA A DEPRESSÃO?

SLAVIERO, Lorenzo Trintinaia; BRUM, Alana Helbich; OSTROWSKI, Ricardo Lucas; RONCHETTI, Ramiro.

URI Erechim – lorenzoslaviero@hotmail.com; alana_hbrum@hotmail.com; rlostrowski7@gmail.com; rronchetti@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Estudos das últimas décadas na área da psicologia, como o de Coutinho *et al.* (2015), demonstram uma importante associação entre distúrbios psicoafetivos como a depressão e as doenças crônicas, tal qual a Doença Renal Crônica (DRC). Como as DRC são assintomáticas, os pacientes são diagnosticados na maioria das vezes quando o quadro clínico se apresenta muito avançado e são submetidos muitas vezes com urgência a terapias que substituam a função renal, como a hemodiálise (COUTINHO *et al.*, 2015).

O diagnóstico associado ao tratamento de terapia de substituição renal causa um grande impacto social na vida dos pacientes pois eles têm de reorganizar aquilo que fora vivido e adaptar-se à nova realidade a qual se constitui, na maioria das vezes, por inúmeras sessões de terapia hemodialítica, consultas médicas, exames laboratoriais e dietas extremamente restritivas (THOMAS; ALCHIERI, 2005). Sendo assim, essas mudanças rotineiras resultam em uma grande perturbação psicológica a esses indivíduos e aos seus cuidadores e corroboram para o surgimento de uma das complicações que mais os acometem: a depressão (BESIER; GOLDBECK, 2011). Dessa forma, este trabalho objetiva relacionar os principais aspectos que favorecem o desenvolvimento de sintomas depressivos em indivíduos com Doença Renal Crônica.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho resulta de uma abordagem teórica, de natureza qualitativa, realizada em periódicos e endereços eletrônicos como Scielo e Brazilian Journal of Nephrology, respectivamente. Nessa oportunidade, buscou-se por palavras-chave: Chronic Renal Failure, Depressive Symptoms e Psychological Support. Pauta-se por um questionamento central: quão relevante é o diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC) para o surgimento de sintomas depressivos? Espera-se analisar aspectos que partem desde o diagnóstico de DRC até alterações específicas do dia a dia dos pacientes e aqueles que os cuidam.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que 11% da população mundial adulta seja portadora de algum grau de DRC (SBN; SBP, 2021). Essa complicação renal é resultado de diversos fatores, os quais variam desde uma hipertensão arterial descompensada até reações autoimunes, os quais, por sua vez, acabam lesionando o parênquima

renal e diminuindo a taxa de filtração glomerular (TFG). Quando a falência dos rins se mantém por um período igual ou superior a três meses, há de ser feito o diagnóstico de DRC, e com o agravo desta condição, o indivíduo pode ser submetido à terapia renal substitutiva (TRS). Estudos apontam que aqueles que realizam a TRS estão sujeitos à diminuição da sua qualidade de vida em relação à população em geral e maior prevalência de transtornos de humor (STASIAK *et al.*, 2014).

O paciente submetido a TRS é levado a conviver diariamente com uma doença incurável, que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração e que provoca, juntamente com a evolução da doença e suas complicações, ainda maiores limitações e alterações de grande impacto (COUTINHO *et al.*, 2015). Essas limitações repercutem tanto em sua própria vida, quanto na do seu grupo familiar, afetando as várias dimensões do ser humano, sejam elas de ordem física, psicológica, econômica ou social (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008).

Neste sentido, o paciente fica constantemente exposto a fatores adversos, inerentes à terapêutica da síndrome renal, como o tempo gasto nas sessões de hemodiálise, as constantes consultas médicas, os exames laboratoriais, as dietas e a expectativa de transplante, que, associados à frequente permanência em contextos hospitalares, contribuem para o surgimento da sintomatologia depressiva em tais pacientes e em seus cuidadores (FERREIRA; ANES, 2010; MIYASHITA *et al.*, 2009).

Outro aspecto retratado neste contexto diz respeito às preocupações relativas a questões de ordem financeira. Em virtude do tempo gasto para a realização da hemodiálise e das limitações que são peculiares a essa modalidade terapêutica, muitas atividades significativas tornam-se comprometidas, como, por exemplo, a de trabalhar (COUTINHO *et al.*, 2015). Para Centenaro (2010) e Gonçalves (2012), muitos pacientes renais passam a depender do benefício da aposentadoria da Previdência Social ou a ser sustentados por familiares, razão pela qual o dinheiro se transforma em um fator agravante para a condição de vida dessas pessoas.

Ainda, a família emerge como suporte fundamental no acompanhamento das adversidades oriundas da própria doença e da hemodiálise, contribuindo para uma maior resiliência na adesão ao tratamento e nos aspectos psicossociológicos (COUTINHO *et al.*, 2015). Conforme esclarecem Patat *et al.* (2012), o fato de os pacientes renais serem casados, possuírem filhos e residirem com companheiros(as) mostra que, provavelmente, dispõem de uma estrutura que pode ajudá-los, no sentido de melhor enfrentarem a doença crônica, enquanto os que não se inserem neste contexto tendem a ser mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos de humor.

4 CONCLUSÕES

Observando os aspectos abordados, percebe-se que a depressão é um distúrbio de humor muito prevalente entre os pacientes com doença renal crônica, principalmente entre aqueles que realizam TRS. Além disso, trata-se de uma condição multifatorial que pode estar relacionada direta ou indiretamente com as vivências do contexto social em que o doente renal crônico está inserido.

Por isso, a depressão nesta população deve ser diagnosticada e tratada adequadamente para melhora da qualidade de vida dos portadores de DRC. Neste sentido, é imprescindível que sejam implementados serviços de assistência psicológica nos centros de assistência e tratamento de doentes renais crônicos, não apenas para controle das patologias psiquiátricas diagnosticadas, mas também

como medida complementar e de caráter preventivo, auxiliando os pacientes a lidar com sua patologia e tratamento.

REFERÊNCIAS

BOING, A.F.; MELO, G.R.; BOING, A.C.; PIRES, R.O.M.; PERES, K.G.; PERES, M.A. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.4, p.17-23, 2012 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/D4765SDnTYdKPcjkxPmtYhD/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2021.

CENTENARO, G. A. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1881-1885, 2010.

COUTINHO, M.P.L.; COSTA, F.G. Depressão e Insuficiência Renal Crônica: uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade**, v.27, n.2, p. 449-459 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/YYxzwB9gjWpzWcY57cSFy7G/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2021.

DOS SANTOS, M.S.; WOLFART, A.; JORNADA, L. Prevalência de transtornos depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica participantes de programa de hemodiálise em uma clínica do Sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 2, p.84-88, 2011.

FERREIRA, P.L.; ANES, E.J. Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crônicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.28, n.1, p.31-39, 2010.

GONÇALVES, C.S. **As representações sociais sobre a doença renal crônica**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2012.

MIYASHITA, M.; NARITA, Y.; SAKAMOTO, A.; KAWADA, N.; AKIYAMA, M.; KAYAMA, M. *et al*. Care burden and depression in caregivers caring for patients with intractable neurological diseases at home in Japan. **Journal of the Neurological Sciences**, v.276, n.2, p.148-152, 2009.

PATAT, C.L.; STUMM, E.M.F.; KIRCHNER, R.M.; GUIDO, L.A.; BARBOSA, D.A. Análise da qualidade de vida de usuários em hemodálises. **Enfermería Global**, v.11, n.27, p.54-65. 2012.

PRETTO, C.R.; ROSA, M.C.; DEZORDI, C.M.; BENETTI, S.A.W.; COLET, C.F.; STUMM, E.M.F. Depressão e pacientes renais crônicos em hemodiálise: fatores associados. **Rev Bras Enferm.**, v.73, n.1, p.1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/q4nVJQS64LCX6FbJpv45ZBs/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2021

RAMOS, I. C.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Cuidado em situação de doença renal crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.2, p.193-200, 2008

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN) e SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Documento sobre doença renal crônica**. 2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/dia-mundial-do-rim-sbd-e-srn-publicam-documento-sobre-doenca-renal-cronica/>. Acesso em: 18 out. 2021.

STASIAK, C.E.S.; BAZAN, K.S.; KUSS, R.St.; SCHUINSKI, A.F.M.; BARONI, G. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **J Bras Nefrol.**, v.36, n.3, p.325-331, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijjbn/a/qjx8xxZbyN7gd5NMptm4MB/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2021.



O EXERCÍCIO FÍSICO COMO LENTIFICADOR DO PROCESSO SARCOPÊNICO

SACON, Andressa Nicole; PECINI, Giliane; STRÖHER, Angelo Luis.

URI Erechim – 099559@aluno.uricer.edu.br; 045603@aluno.uricer.edu.br; angelo.md@bol.com.br

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo complexo que envolve inúmeras variáveis interagindo entre si e influenciando em como alcançar a longevidade. No Brasil, a pessoa idosa é aquela com 60 anos ou mais (ALMEIDA *et al.*, 2019) e, com o decorrer da idade, existe uma condição chamada sarcopenia que provoca perda de massa e força muscular, limitando suas funções (COLOMBO *et al.*, 2019), por vezes, em associação a outras disfunções como obesidade (LEITE *et al.*, 2012). Essa vulnerabilidade fisiológica resulta da deterioração da homeostase biológica do organismo em se adaptar ao meio. O estresse oxidativo excessivo, a disfunção mitocondrial e a inflamação crônica estão presentes no envelhecimento e provocam um declínio do vigor e da mobilidade – critérios diagnósticos do estado sarcopênico.

Um estilo de vida ativo, que agrega alimentação equilibrada e prática de exercícios físicos, sustenta um envelhecer saudável e bem-sucedido, posto que as complicações funcionais da longevidade levam à perda da autonomia e independência. Sabe-se que essas mudanças são naturais, mas estudos indicam que é possível conservar e recuperar tais limitações por meio de exercícios, cujo treinamento tem papel importante no ganho de força muscular, amplitude de movimentos e funcionalidade dos membros (COLOMBO *et al.*, 2019). Assim, o presente estudo objetiva analisar, resumir e compreender aspectos sobre a composição corporal das pessoas longevas e o curso com a síndrome sarcopênica, considerando estratégias que possam melhorar o processo de envelhecimento, minimizando efeitos negativos e garantindo qualidade para uma vida longa.

2 METODOLOGIA

Este estudo constitui uma revisão de literatura, de caráter exploratório e descritivo, que visa estabelecer a relação existente entre a sarcopenia e a prática de exercícios físicos. A consulta de publicações científicas para subsidiar a pesquisa ocorreram mediante buscas nas plataformas de dados Google Acadêmico, PubMed e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), por meio das seguintes expressões: “massa muscular e longevidade”, “sarcopenia”, “sarcopenia e longevidade” e “exercício físico e sarcopenia”, sendo referenciados apenas artigos publicados na última década.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme Troen (2003 *apud* LEITE *et al.*, 2012), a senescência humana inicia com o declínio da capacidade do organismo em responder aos estresses ambientais, tornando-o vulnerável às lesões orgânicas. A partir da quarta década, o homem perde massa muscular por diminuição do hormônio do crescimento (GH) e

da testosterona, e as mulheres por decréscimo de estrogênio na menopausa (COLOMBO *et al.*, 2019). Dentre os fatores adjuntos estão os genéticos, ditando a força e desempenho muscular individual, e os hábitos de vida, como dieta não controlada, tabagismo, etilismo e sedentarismo, que afetam a homeostasia corporal – aptidão do corpo em regular suas funções (TROEN, 2003; ROSENBERG, 1997 *apud* LEITE *et al.*, 2012), logo, convergindo em condições adversas como a síndrome sarcopênica geriátrica.

O termo “sarcopenia” ou “pobreza de carne” (ROSENBERG, 1997 *apud* LEITE *et al.*, 2012), é definida por Leite e seus colaboradores (2012) como um conjunto de sinais e sintomas provenientes da redução gradual de músculo (MORLEY *et al.*, 2001 *apud* LEITE *et al.*, 2012). Valente (2016) lista alguns eventos indesejáveis: incapacidade física, perda da qualidade de vida e morte e, embora associada ao indivíduo longevo, jovens com índice de massa magra baixos têm maior predisposição de apresentá-la na velhice (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010; CASTILLO *et al.*, 2003 *apud* LEITE *et al.*, 2012). O tecido musculoesquelético – de contração voluntária – compõe dois tipos de fibras: as de contração lenta (I) e rápida (II) (SILVERTHORN, 2010 *apud* LEITE *et al.*, 2012). Segundo Frontera e autores (1991 *apud* LEITE *et al.*, 2012), as do tipo I são mais resistentes à atrofia, e as outras declinam em até 50% com a idade (GILLETTE-GUYONNET *et al.*, 2003; BAUMGARTNER *et al.*, 1998; CASTILLO *et al.*, 2003; JANSSEN *et al.*, 2004; LAU *et al.*, 2005 *apud* LEITE *et al.*, 2012).

A sarcopenia é multifatorial e tem sua gênese ligada à alta taxa de produção de espécies reativas de oxigênio (EROs) e radicais livres (RLs) – subprodutos tóxicos derivados do oxigênio –, podendo destruir nervos (denervação), resultando em perda de fibras musculares (LEITE *et al.*, 2012). Fisiologicamente, a geração de ERO respeita as respostas adaptativas do músculo frente à atividade contrátil, mas, no idoso, a produção exagerada dessas espécies reativas interfere no metabolismo de proteínas, induzindo a morte celular do tecido (JACKSON, 2005; SILVA *et al.*, 2006; SANADA *et al.*, 2010 *apud* LEITE *et al.*, 2012). Ainda, quando o corpo envelhece, a regeneração muscular é menor, facilitando sua substituição por células adiposas (VISSER *et al.*, 2002; SILVA; CONBOY, 2008 *apud* LEITE *et al.*, 2012).

Dröge (2002 *apud* LEITE *et al.*, 2012) afirma que 5% do oxigênio usado pela mitocôndria – organela responsável pela respiração celular – é convertido em RL, propiciando reações inflamatórias e de reperfusão (CERUTTI, 1994 *apud* LEITE *et al.*, 2012). O estresse oxidativo e a inflamação geram acúmulo de danos mitocondriais, levando à apoptose de miócitos – células do músculo –, prejudicando a obtenção de energia em ATP – adenosina trifosfato (FIGUEIREDO *et al.*, 2008 *apud* LEITE *et al.*, 2012). Não obstante, a senescência culmina com baixos níveis de antioxidantes no plasma, impedindo a modulação dos subprodutos (MATÉS; PÉREZ-GOMEZ; CASTRO, 1999 *apud* LEITE *et al.*, 2012). No estado sarcopênico, o déficit energético é acentuado porque as fibras do tipo II são as que mais possuem mitocôndrias para oxigenar os miócitos (SILVERTHORN, 2010 *apud* LEITE *et al.*, 2012). Ainda, Rahman e demais autores (2009 *apud* LEITE *et al.*, 2012) observaram que ela produz mais ERO quando o organismo está em repouso, pois tem baixo consumo de oxigênio.

De acordo com Silva *et al.* (2006 *apud* LEITE *et al.*, 2012), a perda de músculo desencadeia a síndrome de fragilidade, com prejuízo de atividades diárias e aumento do risco de quedas, fraturas, incapacidade, dependência, hospitalização recorrente e mortalidade. Ademais, permite a ocorrência de doenças sistêmicas, como osteoporose, resistência à insulina, obesidade e osteoartrite (GILLETTE-

GUYONNET *et al.*, 2003; BAUMGARTNER *et al.*, 1998; BAUMGARTNER *et al.*, 1999; LANDI *et al.*, 2012 *apud* LEITE *et al.*, 2012). Como cita Valente (2016), os critérios diagnósticos utilizam como parâmetro a diminuição da massa, da força e do desempenho muscular. A mensuração da massa magra se dá por meio de medida antropométrica – circunferência da panturrilha (CC) (CESARI *et al.*, 2012; ABELLAN *et al.*, 2011 *apud* DHILLON; HASNI, 2017), densitometria ou bioimpedância (BAUMGARTNER *et al.*, 1998; CASTILLO *et al.*, 2003 *apud* LEITE *et al.*, 2012). Já a força pela intensidade de preensão palmar, e o desempenho pela velocidade de marcha e pelo teste do levantar e andar cronometrado (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010 *apud* VALENTE, 2016).

Em conformidade com Janssen *et al.* (2004 *apud* LEITE *et al.*, 2012), o sedentarismo intensifica esse processo (NASCIMENTO *et al.*, 2018). A prática do exercício físico detém o poder de lentificar a perda de massa muscular (LANDI *et al.*, 2012; CASTILLO *et al.*, 2003; EVANS, 2002 *apud* LEITE *et al.*, 2012), portanto, inserir o gasto energético por meio dele colabora para o consumo aumentado de oxigênio e menos produção de EROs (MARZANI *et al.*, 2008 *apud* LEITE *et al.*, 2012). Há melhora da capacidade funcional, força muscular, flexibilidade, agilidade, coordenação e locomoção (PRADO, 2010 *apud* COLOMBO *et al.*, 2019). Netto (1996 *apud* COLOMBO *et al.*, 2019), por sua vez, sustenta que o treinamento físico funcional, por meio de exercícios integrados, multiarticulares e multiplanares, combinados a movimentos de aceleração, redução e estabilização, aperfeiçoa a qualidade da mobilidade, melhora a força e torna eficiente a neuromusculatura.

A liberação de hormônios e fatores hipertróficos que potencializam a síntese de proteínas e melhoram o aporte muscular e sua função são conquistados pelo exercício de resistência (IZQUIERDO *et al.*, 2001 *apud* NASCIMENTO, 2018). A força adquirida, bem como a boa flexibilidade, a melhora da autonomia funcional e da execução de atividades diárias contribuem para aprimorar a aptidão física (FIDELIS; PATRIZZI; WALSH, 2013 *apud* ALMEIDA *et al.*, 2019). Os exercícios aeróbicos – caminhar, correr, pedalar – aumentam o consumo de oxigênio, melhoram a adaptação neuromuscular e a função do músculo, estimulam a síntese proteica e reduzem a gordura corporal, e os resistidos aumentam a massa muscular, sua força e qualidade (VALENTE, 2016) desaceleram a evolução da síndrome sarcopênica geriátrica.

4 CONCLUSÕES

Envelhecer é um processo natural da vida humana que envolve vários fatores para acelerar ou diminuir-lo. A sarcopenia é uma diminuição acentuada de massa muscular e, em pessoas longevas que não cultivam hábitos saudáveis – sedentárias, com dieta desregulada –, pode acarretar degeneração neuromuscular, perda de energia e menor qualidade de vida. Sendo assim, a alimentação saudável e a prática regular de exercícios físicos têm o poder de modular alguns parâmetros fisiológicos envolvidos, visto que proporcionam melhor metabolização celular, mantendo os miócitos saudáveis. Aqui, o profissional médico tem o admirável poder de orientar e acompanhar a rotina de seus pacientes – mantendo um cuidado longitudinal desde a juventude –, atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças, a fim de que as pessoas possam ser longevas e ter qualidade de vida ao mesmo tempo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N.A. *et al.* O envelhecimento e os benefícios da prática de exercícios físicos. **Revista Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 11, n. 1, 2019.
- BUORO, R.S. Envelhecimento e Qualidade de vida: Revisão da Literatura. **Revista Santa Rita**. São Paulo, n. 34, p. 27-31, dez. 2020.
- COLOMBO, R. *et al.* A importância do treinamento físico funcional frente à sarcopenia decorrente do envelhecimento. **Arquivos do MUDI**, v. 23, n. 3, p. 22-34, 2019.
- DHILLON, R.J.S.; HASNI, S. Pathogenesis and Management of Sarcopenia. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 33, n. 1, p. 17-26, feb., 2017.
- LEITE, L.E.A. *et al.* Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistêmica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 365-380. 2012.
- NASCIMENTO, C.M. *et al.* Sarcopenia, frailty and their prevention by exercise. **Free Radical Biology and Medicine**, v. 20, n. 132, p. 42-49, 2018.
- VALENTE, M. Sarcopenia. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1593-1613.

O EXERCÍCIO FÍSICO NA PREVENÇÃO DE AGRAVOS OSTEOMETABÓLICOS EM MULHERES PÓS-MENOPAUSA

**MACULAN, Giulia França; DAL PUPO, Jessica; SARTORI, Cíndia;
SGARBOSSA, Laura Garcia; VEIGA, Alessandra Dalla Rosa.**

URI Erechim – francagiulia684@gmail.com; jehdalpupo@gmail.com; cindiastg@gmail.com;
laura_sgarbossa@hotmail.com; aledalla@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida no Brasil e no mundo fez com que as mulheres passassem a viver cerca de 1/3 da vida no período que compreende o climatério e a pós menopausa (FARIA *et al.*, 2013). Nesse sentido, a mulher vive um expressivo período da vida sob a influência da queda hormonal pós-menopausa e isso evidencia a importância de que se estude diferentes formas de minimizar os efeitos depletivos desse período sobre a saúde da mulher. Neste contexto, se insere o exercício físico; como uma ferramenta adjuvante na redução dos impactos negativos sobre o metabolismo, principalmente osteomuscular, nesse período pós cessação da atividade folicular ovariana (CARVALHO NETO, 2018).

A melhora da qualidade de vida nesse contexto pós-menopausa deve ser aprimorada por meio de diferentes possibilidades de intervenção relacionadas à ampliação do conceito saúde-doença, buscando prevenir possíveis agravos relacionados não somente à doença, mas a esse processo fisiológico, que é a menopausa.

2 METODOLOGIA

A revisão literária realizada para embasar o trabalho foi realizada em bases de dados como: Google Acadêmico, SciElo, PubMed e Medline. A pesquisa foi filtrada, utilizando palavras-chave, como: “menopausa”, “exercício físico na pós menopausa”, “alterações osteometabólicas na pós-menopausa”. Os artigos foram selecionados independente do idioma de origem.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A menopausa é um processo fisiológico que corresponde ao fim da vida reprodutiva da mulher; tal processo coincide com a redução da produção de estrogênio (DABROWSKA-GALAS *et al.*, 2019). Esse processo ocorre de maneira gradual, no qual inicialmente observa-se períodos de instabilidade de ciclo menstrual, seguido de, pelo menos, um período de 12 meses sem a ocorrência de período menstrual e que ocorre, em média, dos 49 aos 51 anos de idade (TAKAHASHI; JOHNSON, 2015). Concomitante ao decréscimo da síntese de estrógenos, o metabolismo sofre uma série de alterações, características desse período da vida da mulher. Tais mudanças, estão relacionadas a diversos sistemas. Entretanto, as alterações de interesse ao estudo de repercussões osteometabólicas, são: o sistema reprodutor e osteomuscular.

As duas alterações hormonais mais importantes do sistema reprodutor observadas são: redução dos níveis de estradiol em detrimento da elevação dos valores de hormônio folículo estimulante (FSH) (TAKAHASHI; JOHNSON, 2015). Enquanto isso, a comutação do sistema osteomuscular está relevantemente relacionada ao desequilíbrio entre o balanço de deposição e absorção óssea, realizado pelos osteoblastos e osteoclastos, respectivamente (CARVALHO NETO, 2018). As perdas ósseas iniciam nos anos prévios à menopausa, mas atingem o seu pico máximo no primeiro ano após a menopausa (KARLAMANGLA *et al.*, 2018). Estima-se que nesse período trans e pós-menopausa, a perda óssea seja de, pelo menos, 2,5% em região femoral e 1,8% de coluna lombar ao ano (KARLAMANGLA *et al.*, 2018), onde a deposição de minerais ósseos é insuficiente para sobrepor a atividade desmineralizante dos osteoclastos. A menopausa, portanto, assume relevante papel no desenvolvimento da osteoporose em mulheres de idade mais avançada (JOVINE *et al.*, 2006; KARLAMANGLA *et al.*, 2018). Apesar disso, tais alterações osteocatabólicas estabilizam após esse período crítico perimenopausa. Ainda que essa perda óssea não apresente consequências imediatas, os riscos de fraturas, principalmente de fêmur proximal e de antebraço, são as complicações de maior risco e frequência, observadas em mulheres que desenvolvem osteoporose.

A realização de exercícios físicos, principalmente aqueles que são realizados contrários a alguma carga ou resistência, ou de caráter aeróbico de intensidade moderada a elevada apresentam benefícios que culminam no aumento da massa muscular (KEMMLER *et al.*, 2020). Essa melhora nos parâmetros antropométricos reflete diretamente na saúde do sistema osteomuscular. Sendo assim, o exercício físico atua não somente na melhora da composição corporal, mas no fortalecimento da musculatura de membros inferiores e superiores (CARVALHO NETO, 2018), reduzindo o risco de quedas e possíveis fraturas (WATSON *et al.*, 2017); como também, estimulando a melhora da mineralização e redução da absorção de massa óssea. Tais benefícios são observados, entretanto, com a continuidade e assiduidade da realização dos exercícios físicos (JOVINE *et al.*, 2006).

A adesão de uma rotina de exercícios físicos durante a vida, associados a hábitos saudáveis, servem de ferramenta adjuvante na prevenção de diversos agravos comuns às mulheres que estão no climatério e na menopausa. Nesse contexto, uma vida de bons hábitos, como a prática regular de exercícios físicos, pode ajudar a frear a incidência de fraturas ósseas decorrentes da desmineralização óssea pós menopausa (JOVINE *et al.*, 2006).

Dentre as estratégias não farmacológicas de intervenção pós menopausa, as diferentes possibilidades de exercício físico, tais como, exercício aeróbico que consiste na presença do oxigênio para o fornecimento de substratos na produção de energia para a atividade celular. Nesse tipo de exercício há predominância do metabolismo aeróbico nas atividades com altos volumes, com intensidades baixas a moderadas e de forma contínua. Cabe destacar que esse tipo de exercício promove a melhora do consumo de oxigênio, aumento da capacidade das enzimas aeróbicas, aumento do glicogênio e triacilglicerol intramuscular, além do aumento da densidade biogênese mitocondrial e dos capilares muscular. Diniz *et al.* (2017) em seu estudo destaca que o treinamento aeróbico promove melhoras na composição corporal, perfil bioquímico e na capacidade cardiorrespiratória em mulheres pós menopausa submetidas a diferentes intensidades de treinamento aeróbico, reforçando a importância do exercício aeróbico na redução dos fatores de risco de doenças crônicas.

Quanto ao treinamento resistido (TR) esse tipo de atividade requer uma contração muscular, contra uma determinada resistência, onde os objetivos são o aumento a força e massa muscular, que promove uma melhora da capacidade funcional, das atividades de vida diária, redução das quedas e da qualidade de vida das mulheres pós menopausa (DINIZ *et al.*, 2017). Esses benefícios do TR são possíveis pela manipulação das variáveis do treinamento: intensidade, volume, frequência, repouso e tipo de estímulo que apresentam respostas na composição corporal e metabolismo das mulheres pós-menopausa.

Outra forma de exercício é o treinamento combinado (TC), esse é um modelo de treinamento que envolve a combinação dos dois tipos de treinamento: o aeróbio e o resistido, de maneira intervalada, continua ou em sequência, que pode ser planejado em uma mesma sessão de treino, efetivando o gasto energético durante e após a sua realização. Estudos apontam que o TC é efetivo no aumento da massa muscular e da redução da gordura corporal, estimulando uma maior redução da gordura corporal relativa, o que é benéfico no tratamento de diversas doenças crônicas, principalmente em mulheres pós menopausa.

4 CONCLUSÕES

A menopausa é um evento que toda a mulher passará em determinado período da vida. Nesse sentido, é inerente o fato de que essas estarão suscetíveis ao sofrimento de alterações, nesse caso osteometabólicas, decorrentes desse momento fisiológico ao qual a mulher se encontra. Contudo, é possível fazer com que esses efeitos sejam freados, ainda que em pequena parcela, quando se tem uma boa rotina de cuidados com a saúde; realizando atividades e exercícios físicos e adotando essa medida como parte da rotina, buscando a melhora de composição corporal e redução de riscos associados aos efeitos desse período da vida e anos que se seguem.

REFERÊNCIAS

DABROWSKA-GALAS, M.; *et al.* High Physical Activity Level May Reduce Menopausal Symptoms. **MDPI**, p. 1-12, 11 ago. 2019

DINIZ, T.A., ROSSI, F.E., BUONANI, C., MOTA, J., FREITAS-JUNIOR, I.F. Exercício Físico como Tratamento Não Farmacológico para a melhora da Saúde Pós-Menopausa. **Rev Bras Med Esporte**, v. 23, n.4, Jul/Ago, 2017.

FARIA, M.A. *et al.* Pós-menopausa e sistema imune. **Revista Reprodução e Climatério**. v.28, n.1, p.30-35, 2013.

JOVINE, M.S. *et al.* Efeito do treinamento resistido sobre a osteoporose após a menopausa: Estudo de atualização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 4, p. 493–505, 2006

KARLAMANGLA, A.S.; CRANDALL, C.J. Bone Health During the Menopause Transition and Beyond. **Obstet Gynecol Clin North Am.**, v. 45, n. 4, p. 695–708, 2019.

KEMMLER, W. *et al.* Dynamic Resistance Exercise and Bone Mineral Density at the Lumbar Spine in Postmenopausal Women: A systematic review and meta-analysis with special emphasis to exercise parameters. **Osteologie**, v. 29, n. 3, p. 194–206, 2020.

LIRA, F.S, DE OLIVEIRA, R.S.F., JULIO, U.F, FRANCHINI, E. Strength and aerobic post-exercises oxygen consumption: effect of the order of performance. **Rev Bras Med Esporte**, v.13, n.6, p.402-6, 2007.

NETO, A. C. Proposta de protocolo de treinamento para controle de doenças osteometabólicas em mulheres pós menopausa. 61f. Dissertação (Mestrado) Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2018.

TAKAHASHI, T. A.; JOHNSON, K. M. Menopause. **Medical Clinics of North America**, v. 99, n. 3, p. 521–534, 2015.

WATSON, S. L. *et al.* High-Intensity Resistance and Impact Training Improves Bone Mineral Density and Physical Function in Postmenopausal Women With Osteopenia and Osteoporosis: The LIFTMOR Randomized Controlled Trial. **Journal of Bone and Mineral Research**, v. 33, n. 2, p. 211–220, 2018.

O IMPACTO DA PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-COV-2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



**NOVELLO, Camila Isadora; SILVA, Gabriela da; PANDOLFI, Gabriele Longo;
FRIESEN, Lara Comarella; BAMPI, Larissa; GRANDO, João Gabriel;
CHINAZZO, Luciana Korf**

URI - Erechim - milanovello@hotmail.com; gabizdasilva7@gmail.com; gabipandolfi1@hotmail.com;
lara.friesennn@gmail.com; lalabampi@hotmail.com; jggran@hotmail.com;
lucianachinazzo@uricer.com.br

1 INTRODUÇÃO

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tornou público a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, a qual afetou a saúde física e mental de crianças e de adolescentes do mundo todo (WHO, 2020). Devido ao curto período de tempo, existem poucos dados fidedignos sobre os impactos que esse período de transição caracterizado por inseguranças e por incertezas causará, especificamente, no funcionamento psicológico de crianças e adolescentes (MURATORI, CIACCHINI, 2020). No entanto, sabe-se que existem dois tipos de impacto intrínsecos à pandemia: o impacto primário, o qual se caracteriza pela manifestação dos sintomas clínicos da doença, tais como dificuldade para respirar, taquipnéia e/ou respiração superficial, lábios ou rosto cianóticos, e, também, o impacto secundário, caracterizado pela necessidade do distanciamento social e conseqüente privação de muitos hábitos antes incluídos na rotina infanto-juvenil, prejudicando o desenvolvimento psicossocial desse público.

Nesse sentido, assim como afirma o Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, crianças e adolescentes no período pandêmico obtiveram prejuízos no ensino, na socialização e no desenvolvimento, agravando vulnerabilidades já existentes e abrindo espaço para desenvolvimento de novas.

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma revisão de literatura referente ao impacto da pandemia do COVID-19 em crianças e em adolescentes. Para tal fim, foram consultadas as plataformas PubMed, BVS, Scielo e Google Acadêmico na busca por literaturas pertinentes ao tema. A consulta se restringiu a referências em língua portuguesa e inglesa, publicadas entre os anos de 2020 a 2021. Dessa forma, os artigos foram selecionados por meio de palavras-chave, como Covid-19, crianças, adolescentes, impacto e pandemia, que estabeleceram a relação entre o novo coronavírus e a saúde desses indivíduos no período pandêmico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Desde 2020, enfrentamos um cenário pandêmico, com adoção de estratégias para frear o contágio exponencial do vírus, por meio da redução da mobilidade populacional, bem como o isolamento social (LINHARES; ENUMO, 2020). Diante

disso, a pandemia causada pelo vírus Sars-CoV-2, causou impactos significativos em diferentes faixas etárias, sendo a população infantil a menos acometida em taxas de mortalidade e complicações nos quadros de saúde. No entanto, apesar desses baixos índices, esta parcela da população ficou sujeita a prejuízos indiretos, intrínsecos ao período de isolamento social, como o prejuízo ao desenvolvimento neuropsíquico infantil (LIANG, 2020).

Um estudo realizado pelo Rhode Island Hospital e a Brown University comparou dois grupos de bebês, um deles nascido entre 2011 e 2019 e outro entre 2020 e 2021 que demonstrou escores rebaixados de habilidades motoras, cognitivas e verbais no grupo de bebês nascidos no período de pandemia (DEONI *et al.*, 2021).

No que tange à saúde mental de crianças e adolescentes, algumas situações merecem atenção devido ao seu maior impacto pela necessidade de isolamento social e afastamento do ambiente escolar, como por exemplo agravo das vulnerabilidades sociais, a violência familiar, o uso excessivo de drogas, problemas no desenvolvimento cognitivo, comorbidades mentais e físicas e comportamento suicida (FIOCRUZ, 2020). Em um questionário respondido por pais de 320 crianças e adolescentes, foram relatadas a presença de sentimentos como forte dependência dos pais, medo que os familiares fiquem doentes, pesadelos, problemas de sono, entre outros sintomas que afetam intensamente a saúde mental e demandam cuidados (JIAO *et al.*, 2020). Diante disso, a promoção da saúde mental dessa faixa etária deve ser prioridade, abordando cuidados com o sono, prática frequente de exercícios físicos e harmonização do estresse (WHO, 2020).

A diminuição do exercício físico junto às limitações sociais que a pandemia acarretou, trouxe impactos na vida das crianças e adolescentes, proporcionando alguns prejuízos devido ao aumento do uso de novas tecnologias. A amplificação do uso de televisão, tablet, computador pessoal ou telefone celular possuem efeitos a curto, médio e longo prazos quando a exposição se torna exacerbada, como por exemplo o sedentarismo, o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em idades mais avançadas, alterações no humor e sono, ansiedade, depressão e comportamentos violentos (NEHAB *et al.*, 2021). O tempo excessivo destinado a assistir TV ou jogar videogame associou-se com redução no volume de massa cinzenta em regiões do cérebro, sugerindo também que crianças com sobrepeso/obesidade podem ter suas funções cognitivas prejudicadas pelo sedentarismo, por conta das possíveis mudanças cerebrais (JÚNIOR; PAIANO; COSTA, 2020).

4 CONCLUSÃO

Em decorrência do vírus Sars-CoV-2, o período pandêmico causou impacto significativo e indireto na vida da população infantil. Pouco se sabe, ainda, quais os prejuízos serão obtidos a longo prazo, mas estudos já demonstram rebaixamento de escore das habilidades motoras, cognitivas e verbais nos bebês nascidos nesse período. Pesquisas também mostram que o isolamento social e o afastamento do ambiente escolar estão resultando em crianças mais dependentes emocionalmente dos pais e agravando as vulnerabilidades sociais. Além disso, a intensificação do uso de aparelhos digitais, como televisão, tablet e computador trazem consigo efeitos negativos à vida das crianças, como sedentarismo, alteração de humor, sono e doenças psicossociais.

REFERÊNCIAS

- CRIANÇAS e Adolescentes estão sendo profundamente impactados pela pandemia, afirma diretora da OPAS.** [S. l.], 15 set. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/15-9-2021-criancas-e-adolescentes-estao-sendo-profundamente-impactados-pela-pandemia-covid>. Acesso em: 09 out. 2021.
- LIANG, T. Zhejiang University School of Medicine. **Handbook of COVID-19: prevention and treatment.** Paris: UNESCO, 2020. Retrieved from <http://www.zju.edu.cn/english/2020/0323/c19573a1987520/page.htm>
- MURATORI, P.; CIANCCHINI, R. Children and the COVID-19 transition: psychological reflections and suggestions on adapting to the emergency clinical. **Neuropsychiatry**, [s. l.], p. 131-134, 5 jun. 2020.
- LINHARES, M.B.M.; ENUMO, S.Regina Fiorim. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.
- DEONI, S. *et al.* Impact of the COVID-19 Pandemic on Early Child Cognitive Development: Initial Findings in a Longitudinal Observational Study of Child Health. **Medrxiv**, v. 11, aug., 2021.
- FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente.** Agosto, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencaocrianca/covid-19-saude-crianca-e-adolescente>.
- JIAO, W.Y. *et al.* Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. **J Pediatr.**, v.221, p.264-266.e1, 2020. Disponível em: Acesso em: 3 ago. 2020.
- WHO - World Health Organization. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak.** 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mentalhealth-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2.
- NEHAB, Marcio Fernandes *et al.* COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. **Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)**, [S. l.], p. 57-62, 8 ago., 2020.
- JÚNIOR, P.G.F.; PAIANO, R.; DOS SANTOS COSTA, A. Isolamento social: consequências físicas e mentais da inatividade física em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-2, 2020.

O IMPACTO DA REDUÇÃO DE DIAGNÓSTICOS PRECOSES DE CÂNCER DE MAMA DURANTE A PANDEMIA COVID-19 NO BRASIL

**SIRENA, Nathália Santin; SILVA, Gabriel Fernando Weber da;
SARTORI, Juliano**

URI Erechim – 095363@aluno.uricer.edu.br; 095712@aluno.uricer.edu.br; jsartori@uricer.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença caracterizada pelo aumento na quantidade de células com características anormais no tecido mamário tanto feminino, quanto masculino (INCA, 2021). O câncer de mama é uma doença heterogênea (NAGARAJAN; MCARDLE, 2018) e os mecanismos oncogênicos ainda não são completamente compreendidos pela ciência (LANDSKRON, 2014). Não obstante, o diagnóstico do câncer de mama é dificultado por diversos fatores tanto intrínsecos e extrínsecos ao paciente (CAPLAN, 1996; GULZAR, 2019; MAGHOUS, 2016; MEMON, 2013). Sendo assim, a pandemia do SARS-CoV-2, soma-se como mais um empecilho para diagnóstico rápido desta patologia. Nesse resumo expandido, objetiva-se estudar as repercussões da pandemia no que tange ao decréscimo quantitativo de diagnósticos do câncer de mama, visando proporcionar maior compreensão sobre o tema.

2 METODOLOGIA

Para a construção desta pesquisa bibliográfica, utilizou-se artigos científicos pesquisados nas plataformas eletrônicas de dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e PubMed. Utilizou-se, ainda, informações disponibilizadas pelo DATASUS a fim de evidenciar, em números, as estatísticas reveladas pelas pesquisas. O critério de seleção dessas ferramentas baseou-se no tema de interesse aliado à proposta deste estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer de mama é caracterizado pela proliferação anormal de células do tecido mamário. Quando as células são histológica e funcionalmente semelhantes às do tecido de origem diz-se que o câncer é benigno, e no caso, de um crescimento anormal, com células indiferenciadas e que invadem estruturas adjacentes pode-se considerar maligno. No Brasil, esse é o tipo de câncer feminino mais prevalente, exigindo, portanto, uma atenção especial por se tratar de um problema de saúde pública. Para tanto, o Ministério da Saúde recomenda que o rastreio, através da mamografia, seja feito a cada 2 anos na faixa etária dos 50-69 anos (INCA, 2019).

Em uma situação normal o cenário de câncer no Brasil já é preocupante, ao passo que cerca de 700 mil pessoas recebem o diagnóstico dessa patologia e 225 mil morrem anualmente por conta da doença, sendo a maioria diagnosticada em estágios mais avançados da doença (ROCHE, 2021). Contudo, com a pandemia do

novo coronavírus, a partir de 2019, essa situação se tornou ainda mais preocupante, pois muitos exames de rastreamento para o câncer foram deixados em segundo plano.

A exemplo disso, as mamografias de rastreamento tiveram uma queda de 48,37% entre os meses de março a dezembro de 2020 quando comparadas aos mesmos meses de 2019, bem como uma queda de 25,88% no número de mamografias para diagnóstico nesse mesmo período. Ainda, um dos principais métodos de diagnóstico de cânceres, a biópsia, teve uma redução significativa de 39,11%, quando comparados os meses de março a dezembro de 2019 e 2020 (ROCHE, 2021).

Um estudo realizado na Nova Inglaterra dos Estados Unidos mostra um contexto muito semelhante ao brasileiro. Na pesquisa o período de pico da pandemia naquela área foi comparado com períodos de controle antes e depois do período de estudo principal: os 3 meses anteriores; os mesmos 3 meses do ano anterior; e os 3 meses após o período de estudo principal. 192.060 pacientes foram submetidos à triagem durante os 4 períodos mostrando uma diminuição nos testes de triagem foi acompanhada por diminuições nos diagnósticos subsequentes.

Partindo da premissa de que redução no número de diagnósticos precocemente poderia levar a uma epidemia de cânceres em estágio mais avançado, em 2020, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica organizou uma série de reuniões visando um melhor manejo dessa situação. Estabeleceu-se então uma série de recomendações técnicas para o manejo dos pacientes diagnosticados com a patologia e a Lei dos 30 dias, que passa a definir que os exames necessários para o diagnóstico do câncer, realizados pelo SUS, devem apresentar resultado em um prazo máximo de 30 dias, otimizando assim o tratamento oncológico (SBOC, 2020).

4 CONCLUSÕES

O câncer de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres, a qual se beneficia de um diagnóstico precoce. Nesse panorama, percebe-se que a pandemia do COVID se tornou um obstáculo para o breve início do tratamento e que, sendo assim, pode-se esperar que, em anos futuros, sejam diagnosticados casos mais avançados de câncer de mama em virtude da situação sanitária presente. Fica evidente, frente ao exposto, a necessidade de mais estudos no que se refere ao tema, possibilitando, assim, um melhor manejo e controle do aumento futuro da prevalência de diagnósticos de cânceres de mama avançados.

REFERÊNCIAS

CÂNCER de mama. **Instituto Nacional de Câncer**, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 24 out. 2021.

CAPLAN, L.S. *et al.* Reasons for Delay in Breast Cancer Diagnosis. **Preventive Medicine Elsevier BV**, v.25, n.2, p.218-24 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1006/pmed.1996.0049>. Acesso em: 20 out. 2021.

GULZAR, F. *et al.* Identifying the reasons for delayed presentation of Pakistani breast cancer patients at a tertiary care hospital. **Cancer Management and Research**, v.29, n.11, p.1087, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2147/>

cmar.s180388. Acesso em: 24 out. 2021.

LANDSKRON, G. *et al.* Chronic Inflammation and Cytokines in the Tumor Microenvironment. **Journal of Immunology Research Hindawi Limited**, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/149185>. Acesso em: 18 out. 2021.

MAGHOUS, A. *et al.* Factors influencing diagnosis delay of advanced breast cancer in Moroccan women. **BMC Cancer**, v.16, p.356, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-016-2394-y>. Acesso em: 24 out. 2021.

MEMON, Z. A. *et al.* Reasons for Patient's Delay in Diagnosis of Breast Carcinoma in Pakistan. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v.14, n.12, p.7409-14, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.12.7409>.

NAGARAJAN, D.; MCARDLE, S. Immune Landscape of Breast Cancers. **Biomedicines MDPI AG**, v.6, n.1, p.20, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/biomedicines6010020>. Acesso em: 20 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/confira-recomendacoes-do-ministerio-da-saude-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama> . Acesso em: 24 out. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA - SBOC discute Lei dos 30 Dias e jornada da paciente com câncer de mama na Câmara, 2020. Disponível em: <https://sboc.org.br/noticias/item/2078-sboc-discute-lei-dos-30-dias-e-jornada-da-paciente-com-cancer-de-mama-na-camara>. Acesso em: 24 out. 2021.

RADAR DO CÂNCER. Impacto do COVID no tratamento oncológico, 2021. Disponível em: <http://radardocancer.org.br/painel/covid/>. Acesso em: 24 out. 2021.

ROCHE BRASIL. Um ano de pandemia no Brasil: levantamento do Radar do Câncer do Oncoguia aponta que diagnósticos de câncer caem pela metade no país, 2021. Disponível em: <https://www.roche.com.br/pt/por-dentro-da-roche/Radar-Oncoguia-aponta-reducao-nos-diagnosticos-de-cancer-em-funcao-da-pandemia.html>. Acesso em: 24 out. 2021.

BAKOUNY, Z. *et al.* Cancer screening tests and cancer diagnoses during the Covid-19 pandemic. **JAMA Oncol.**, v.7, n.3, p.458-460 Jan 14; 2021. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2774867>. Acesso em: 24 out. 2021.



O SUICÍDIO ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA

**SOARES, Isadora Rosa; FAVERO, Talita Cristina; SUCOLOTTI, Diego;
ZEPKA, Mariah Maestri; GIULIANI, Mariana; LIMBERGER, Sarah Maioli;
BRUM, Alana Helbich; CUNHA, Maria Luiza Moratelli;
BUENO, Brenda Natasha Dias; RONCHETTI, Ramiro²**

URI Erechim – isadorasoares03@icloud.com; fgatalita.favero@gmail.com; disucolotti3@gmail.com;
zepakmariah@gmail.com; marianajuliani8@gmail.com; 092968@aluno.uricer.edu.br;
alana_hbrum@hotmail.com; marialcunha16@gmail.com; brendaunderscore@gmail.com;
ronchetti@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O suicídio ascende cada vez mais como uma das grandes preocupações da saúde pública, estando entre as principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias (GONÇALVES *et al.*, 2011). Entre os jovens de 15-29 anos, esse dado é ainda mais preocupante: considerando ambos os sexos, o suicídio se enquadra como a segunda maior causa de morte, de modo que a população universitária compreende um subgrupo particularmente vulnerável (NUNES *et al.*, 2020).

Estudos preliminares demonstraram que, na realidade acadêmica, os estudantes do curso de Medicina apresentam uma maior tendência ao ato suicida quando comparados com graduandos de outros cursos (MOTTA; SOARES; BELMONTE, 2019). A intensa carga horária de aulas, o ambiente competitivo, as poucas horas de sono e o medo de falhar tornam a ideação suicida muito mais presente na vida desses alunos (MARTÍNEZ *et al.*, 2016), sobretudo antes do internado e durante a residência médica (CRUZADO, 2016), momento em que seus conhecimentos são postos em prática. Diante desse cenário, e compreendendo a relevância do tema, entende-se pertinente uma revisão teórica com vistas à discussão acerca do suicídio entre acadêmicos do curso de Medicina.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido compreende uma breve revisão de Literatura Integrativa, utilizando-se de artigos, livros e publicações que envolvam informações referentes aos possíveis motivos que levam às acentuadas taxas de suicídio entre estudantes do curso de Medicina. Para a busca de artigos, utilizou-se plataformas digitais de dados indexadas, como Scielo e Pubmed.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escola médica é reconhecida por inúmeras pesquisas como desencadeadora de estresse e como influência negativa no bem-estar físico e psicológico, e no desempenho acadêmico dos estudantes de Medicina. Os transtornos mentais, podem estar presentes em até 50% dessa população (GOEBERT *et al.*, 2009). Ademais, a formação acadêmica parece ainda estar demasiadamente voltada para o desempenho intelectual. Apesar de disciplinas como Psicologia Médica já estarem presentes na maioria dos currículos médicos, ainda há

certa negligência com a inteligência emocional e as habilidades sociais necessárias ao crescimento profissional e ao bem-estar psicológico do indivíduo no decorrer do seu ofício (KAMSKI *et al.*, 2012).

Estudos apontam que a recorrência de transtornos psiquiátricos entre os acadêmicos de medicina – destacando-se ansiedade, depressão, suicídio e *Burnout* como os mais recorrentes – é maior, quando comparada à população geral e a outros grupos acadêmicos (MOTTA *et al.*, 2019). Ressaltados por relatos de medo, excesso de cobrança, exaustão emocional, pouco tempo livre em razão do extenso conteúdo programático, aumento do componente de desumanização e diminuição da realização profissional ao longo dos anos de curso, os estudantes de medicina estão constantemente expostos a extremo estresse, e são fortes candidatos a desenvolver algum transtorno psiquiátrico durante a graduação (CAZOLARI *et al.*, 2020; SOUZA, 2010). Os alunos com melhor rendimento escolar possuem alto risco de suicídio. Estudantes do quinto ano e aqueles que têm filhos possuem maior grau de depressão (SILVA *et al.*, 2015)

O conhecimento farmacológico que o acadêmico de medicina possui, é também, um fator relevante, que torna qualquer tentativa de suicídio altamente letal, além do uso abusivo de drogas e álcool nessa população (SAKINOFSKY, 1980). Além da alta incidência de morbidades psiquiátricas e do uso de drogas já referidas neste grupo, mencionam-se fatores externos, como, por exemplo, dependência financeira em idade avançada, pressão por alto rendimento nos estudos, intensa atividade intelectual, problemas de identidade e medos como desencadeantes de tentativas de suicídio (WHO, 2013). Parece ser crucial para a decisão de se suicidar a combinação entre as circunstâncias da vida, a saúde mental do indivíduo e eventos estressantes (KAMSKI *et al.*, 2012).

Para além dos motivos que levam os estudantes de medicina a tentarem colocar fim às suas vidas, faz-se necessário discutir as possíveis mudanças na formação médica, a fim de conter a chamada “epidemia de angústia médica” (BONDURANT; MORTON, 2016). Nesse aspecto, são necessárias capacitações do grupo “família acadêmica” para que os alunos possam dialogar com seus tutores, mentores, preceptores, docentes, residentes e discentes, no espaço potencial do ambiente ensino-aprendizagem, em cenários nos quais educadores médicos identifiquem precocemente o sofrimento psíquico do então futuro médico (MOTTA *et al.*, 2019).

Sendo assim, entende-se que informações sobre os sinais de alerta anteriormente à ocorrência dos suicídios em estudantes de medicina são essenciais para ações de promoção e prevenção em saúde dentro das instituições de ensino, bem como nortear o sistema de saúde no que tange às políticas de proteção e prevenção de casos de suicídio em acadêmicos. Além disso, medidas que busquem aumentar a qualidade de vida e bem estar nos estudos são de extrema importância, uma vez que aumentam o rendimento do acadêmico e diminuem a constante ansiedade desencadeada pela rotina estressante.

4 CONCLUSÕES

Depreende-se, portanto, que quando o suicídio ocorre entre médicos, acadêmicos de medicina ou residentes, o impacto social é grande, já que se trata de pessoas que lidam com a saúde. Desta forma, surge um desafio individual e institucional para a oferta de segurança e suporte para com os estudantes. É preciso que as faculdades de medicina não se limitem ao conhecimento técnico-científico, e

entendam como imprescindível o desenvolvimento progressivo e harmônico de todas as potencialidades do aluno, visando a sua formação como ser humano.

Faz-se urgente, por fim, o desenvolvimento de medidas de identificação precoce, prevenção e abordagem multidisciplinar dos fatores de risco associados aos transtornos psiquiátricos nos estudantes de medicina, bem como tratamento da depressão e intervenção sobre a ideação suicida. Assim, será possível melhorar a saúde mental, a qualidade de vida e, possivelmente, evitar o desfecho lastimoso.

REFERÊNCIAS

- BONDURANT, R.; MORTON, N. Implementing Change to Reduce Depression, Suicide, and Burnout Among Physicians-in-Training. **Missouri medicine**, v. 113, n. 1, p. 16–18, 2016.
- CAZOLARI, P. G. *et al.* Níveis de Burnout e Bem-Estar de Estudantes de Medicina: um Estudo Transversal Burnout and Well-Being Levels of Medical Students: a Cross-Sectional Study. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, p. 8, 2020.
- CRUZADO L. La salud mental de los estudiantes de medicina. **Rev Neuropsiquiatr**, v.79. n.2, p. 73-75, 2016.
- GOEBERT, D.; THOMPSON, D.; TAKESHITA, J. *et al.* Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. **Acad Med**. v.84, n.2, p.236-41, 2009.
- GONÇALVES, A.; FREITAS, P.; SEQUEIRA, C. Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. **Millenium**, v.40, p. 149-159, 2011.
- KAMSKI, L.; FRANK, E.; WENZEL, V. Suicide in medical students: case series. **Anaesthesist.**, v.61, n. 11, p.984-8, 2012.
- MARTÍNEZ M., MUÑOZ G., ROJAS K. Prevalência de sintomas depressivos en estudiantes de la licenciatura en medicina en Puebla, México. **Aten Fam**, v.23, n.4, p.145-149, 2016.
- MOTTA, I.C.M.; SOARES, R.C.M.; BELMONTE, T.S.A. Uma Investigação sobre Disfunções Familiares em Estudantes de Medicina TT - An investigation into Familiar Dysfunctions among Medical Students. **Revista Brasileira de Educação Médica Médica**, v. 43, n. 1, supl.1, p. 47–56, 2019.
- NUNES, E. A.; OLIVEIRA, B. B.; GALVÃO, L. B. L. Atitudes de estudantes de medicina diante do comportamento suicida e fatores associados. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v.44, n.4. p.131; 2020.
- SAKINOFFSKY I. Suicide in doctors and their wives. **Br Med J.**, v.2; n.281, supl. 6236, p.386-7, 1980.
- SILVA RT, VIEIRA SD, ALVES V *et al.* Depressão em estudantes de medicina. **Rev Med Minas Gerais**, v.25, n.4, p.562-567, 2015.

SOUZA, L. Prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina. **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Tese (doutorado). Programa de Cardiologia, p. 1–233, 2010.

WHO - World Health Organization. The World Health Report 2003: shaping the future. **Geneva: World Health Organization**, 2003.

OS BENEFÍCIOS DA PELE DE OREOCHROMIS NILOTICUS NO TRATAMENTO DE QUEIMADURAS



**DEIFELD, Daniel Mews; PODGURSKI, Carolina; MARINI, Jéssica
Maria; ASSONI, Aline Sponchiado**

URI Erechim - dmewsdeifeld@gmail.com; podgurski.carolina@gmail.com; jessica-marini@hotmail.com; aline_sponchiado@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A queimadura é uma lesão dos tecidos orgânicos, em decorrência de um trauma de origem térmica, que varia desde uma pequena bolha até formas graves, capazes de desencadear à desfiguração, à incapacidade e até à morte do indivíduo. Assim, cerca de 1 milhão de pessoas sofrem queimaduras, no Brasil, a cada ano. Na totalidade desses acidentados, o diagnóstico que prevalece é de queimaduras de 2º grau, superficial ou profundo. Logo, deve-se procurar o curativo ideal para as lesões por queimaduras, sendo de fácil obtenção, que tenha boa flexibilidade e baixo índice de contaminação bacteriana.

Estudos recentes apontam a utilização da pele da Tilápia-do-Nilo (*Oreochromis niloticus*) como biomaterial na medicina regenerativa, apresentando boa aderência ao leito das feridas em ratos e resultados satisfatórios em testes comparativos com a pele humana.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi elaborado por meio de uma revisão de literatura abrangente no que se refere aos Benefícios do uso da pele de Tilápia (*Oreochromis niloticus*) no tratamento de pacientes com queimadura. Utilizou-se artigos científicos na área das ciências da saúde, nas plataformas SCIELO, Pubmed e Google Acadêmico, em inglês e português, a partir de 2017.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As queimaduras são lesões nos tecidos, causadas por algum trauma de origem térmica. Tal destruição tecidual varia em 1º, 2º e 3º grau, as quais são diferentes entre si, bem como são capazes de desencadear respostas fisiológicas distintas nos tecidos epidérmicos e profundo dos pacientes (LIMA-JUNIOR, *et al.*, 2017). Assim, o uso da pele de Tilápia é um mecanismo de curativos que reduz os efeitos da contaminação nas lesões, favorece o processo cicatricial e oferece melhores resultados estéticos (MIRANDA; BRANDT, 2019)

As coberturas, materiais ou produtos utilizados para tratar ou ocluir a ferida, impregnados ou não com agentes tópicos, podem ser primárias, quando colocadas diretamente sobre a lesão, ou secundárias, quando têm como função cobrir as coberturas primárias (MIRANDA; BRANDT, 2019).

O material biológico da tilápia do Nilo - *Oreochromis niloticus* - surge como um possível subproduto, com aplicabilidade clínica de novos biomateriais utilizados para os ferimentos dos pacientes (LIMA-JUNIOR *et al.*, 2017). A caracterização da pele

de tilápia do Nilo, a partir de suas propriedades histomorfológicas, tipificação do colágeno e características físicas, como resistência à tração, foi realizada por pesquisadores do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Medicamentos da Universidade Federal do Ceará. Nesse viés, as características microscópicas da pele da tilápia são semelhantes à estrutura morfológica da pele humana, apresentando a epiderme revestida por um epitélio pavimentoso estratificado, seguido de extensas camadas de colágeno na derme, longos e organizados, em disposição paralela/horizontal e transversal/vertical, predominantemente, do tipo I. (GE, 2020). O colágeno tipo I da pele da Tilápia estimula Fatores de Crescimento de Fibroblastos, na derme papilar e reticular do paciente queimado, os quais expressam e liberam Fator de Crescimento de Queratinócitos (KGF), duas citocinas importantes e imprescindíveis para o fechamento das feridas. Além disso, o colágeno possibilita a migração de células no meio extracelular para a reabilitação dos tecidos (LIMA-JUNIOR, *et al.*, 2017).

O uso de pele de tilápia como tecido cutâneo substituto temporário é promissora, demonstrando melhores resultados tanto funcionais quanto estéticos, isso é observado principalmente por demonstrar uma melhor aderência, ocluindo adequadamente a lesão, desencadeando menos processos exsudativos e proporcionando uma cicatrização com padrões melhores (SILVA *et al.*, 2020).

Diante das características demonstradas pelo presente método, pode-se também observar uma receptividade melhor dos pacientes, uma vez que a ausência de trocas frequentes de curativos leva a quadros menos dolorosos, e, conseqüentemente, acarreta uma redução considerável de custos com esses materiais (CARVALHAL, 2019).

O tratamento cirúrgico vai desde os curativos, passando pela escarotomia e pela fasciotomia, pelos desbridamentos do tecido necrótico, pelas amputações, pelos enxertos e retalhos fasciocutâneos, até os retalhos livres. Todos os procedimentos realizados buscam evitar processos inflamatórios crônicos, perda de sensibilidade e perda da função tecidual, bem como garantir um resultado estético de qualidade (LIMA-JÚNIOR *et al.*, 2017)

4 CONCLUSÕES

A utilização de pele da Tilápia-do-Nilo (*Oreochromis niloticus*) como biomaterial regenerativo demonstra-se promissora no tratamento de queimaduras. As características morfológicas do material são semelhantes à pele humana, bem como apresentam importantes fatores para a cicatrização: a presença de colágeno e a liberação de citocinas, os quais, juntos a uma melhor aderência e oclusão da ferida e uma menor taxa de contaminação da lesão, facilitam o processo cicatricial. O tratamento busca garantir um resultado estético favorável, evitando processos inflamatórios e perdas tanto funcionais quanto sensitivas. Os estudos demonstraram que o uso da pele de tilápia é satisfatório, além de apresentar quadros menos álgicos e custosos.

REFERÊNCIAS

CARVALHAL, K.S. *et al.* Curativos bioativos: benefícios da utilização da pele de tilápia na cicatrização de feridas por queimaduras. **Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq**, n. 21, 2019.

DA SILVA, A.V. *et al.* Terapias aplicadas no tratamento das lesões por queimaduras de terceiro grau e extensão variável: revisão integrativa. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 53, n. 4, p. 456-463, 2020.

DE MIRANDA, M.J.B.; BRANDT, C.T. Xenoenxerto (pele da Tilápia-do-Nilo) e hidrofibra com prata no tratamento das queimaduras de II grau em adultos. **Rev. Bras. Cir. Plást**, v.34, n.1, p. 79-85, 2019.

GE, B. *et al.* Comprehensive assessment of Nile tilapia skin (*Oreochromis niloticus*) collagen hydrogels for wound dressings. **Marine drugs**, v. 18, n. 4, p. 178, 2020.

LIMA-JUNIOR, E.M. *et al.* Uso da pele de tilápia (*Oreochromis niloticus*), como curativo biológico oclusivo, no tratamento de queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, v.16, n.1, p.10-7, 2017.

OSSIFICAÇÃO HETEROTÓPICA PÓS INFECÇÃO POR SARS-COV2

PEDRINI, Felipe Luís; MAINARDI, Jonas Daniel Walker; SLAVIERO, Lorenzo Trintinaia; LIMA, Jefferson Bairon Santos.

URI Erechim – felipepedrini9@gmail.com; danieljonasmainardi@gmail.com;
lorenzoslaviero@hotmail.com; jeffersonbairon@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A ossificação heterotópica (OH) é a deposição de osso maduro ou imaturo dentro do tecido mole, frequentemente em uma localização periarticular (MEYERS *et al.*, 2019), esse achado é encontrando na Fibrodisplasia Ossificante Progressiva (FOP), doença hereditária rara que atinge uma pessoa a cada 2 milhões (GRGUREVIC *et al.*, 2021). Por conseguinte, a pandemia de Covid-19, identificada inicialmente em Wuhan na China, é causada pelo vírus SARS-COV2, podendo ter manifestações leves com sintomas gripais, graves levando à dispneia e até fatais (PHILIPS *et al.*, 2020).

Nesse contexto, identificou-se a ossificação heterotópica em pacientes que se infectaram com o vírus SARS-COV2 tanto de forma leve, sem a necessidade de atendimento terciário, quanto em casos graves com a necessidade de internação em unidade de terapia intensiva submetidos ao uso de ventilação mecânica.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo uma análise das repercussões da OH em pacientes infectados com SARS-COV2, além de demonstrar a relação e importância do sistema imune e seus mecanismos de defesa na progressão dessas enfermidades.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consistiu em uma revisão de literatura referente a pacientes que desenvolveram ossificação heterotópica após a contaminação pelo vírus SARS-COV2. Os descritores pesquisados fizeram relação com a ossificação heterotópica e o SARS-COV2 nas principais plataformas de publicação de artigos científicos, sendo estas: Scielo, Pubmed, ScienceDirect e Medline. A partir disso, foram analisados relatos de casos que relacionam a fisiopatologia das doenças em questão, abordando suas principais características.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns relatos de caso que analisaram a influência entre a ossificação heterotópica e a infecção pelo vírus SARS-COV2 têm mostrado que a imunidade inata e as citocinas são de grande importância para a ocorrência e progressão da OH, sendo que, segundo Grgurevic (2021), várias citocinas têm sido implicadas diretamente na patogênese da OH. Em um dos casos analisados, para correlacionar com a infecção viral, os pesquisadores dosaram citocinas de pacientes com FOP que não contraíram a SARS-COV2 e compararam com a do paciente do estudo, que contraiu de forma leve. No painel de citocinas pós-COVID-19 do participante foi encontrado aumento em 21 das 23 testadas, sendo que as elevações mais notáveis

foram encontradas em MCP-1, RANTES e IL-13, que são citocinas com papéis emergentes na remodelação óssea e formação do osso cortical (SILFVERSWÄRD *et al.*, 2008; MULHOLLAND *et al.*, 2019). Ademais, foi encontrado aumento da IL-5, responsável por causar deposição óssea ectópica em animais (MACIAS *et al.*, 2001).

O paciente descrito acima desenvolveu SARS-COV2 de forma leve, sem necessidade de internação hospitalar. Seus focos de OH se localizaram no abdome inferior e no músculo esternocleidomastóideo esquerdo, confirmado por tomografia computadorizada.

Outro relato de duas pacientes femininas com faixa etária entre 40 – 55 anos apresentou níveis elevados de fosfatase alcalina após mais de 1 mês de internação em UTI com suporte ventilatório, por conta da SARS-COV2. Esse resultado laboratorial cursou com uma investigação positiva para OH na região próxima do ombro das pacientes, demonstrado em tomografia computadorizada. Os sintomas comuns na OH são dor, inchaço, calor e rigidez, que geralmente se manifestam de 8 a 10 semanas após o insulto inicial. O achado do exame físico mais frequente é a diminuição da amplitude de movimento nas articulações afetadas (AZIZ *et al.*, 2021).

Um aumento agudo na fosfatase alcalina sérica e uma depressão transitória no cálcio sérico podem ocorrer nas primeiras 2 semanas. A fosfatase alcalina elevada provavelmente reflete o aumento da atividade osteoblástica na região de OH e tem sido associada a OH clinicamente significativa (GUO *et al.*, 2002). Ademais, a creatina quinase estava elevada nos exames das pacientes, podendo ser significativo de uma OH agressiva com grande envolvimento muscular (SHERMAN *et al.*, 2003).

Um terceiro relato de caso, descrito por Meyer *et al.* (2021) traz a história de um homem de 39 anos de idade, acometido pela SARS-COV2, o qual permaneceu em ventilação mecânica e em posição prona por 28 dias em uma unidade de tratamento intensivo. O paciente possuía histórico de esquizofrenia, transtorno bipolar e abuso de álcool. Não apresentou trombose venosa profunda ou desordens nervosas periféricas. No dia 30, o paciente queixou-se de dor escapular aguda bilateral com mobilidade limitada. Métodos diagnósticos de imagem (raio-x e cintilografia óssea) revelaram OH em ambos os ombros. Os níveis de fosfatase alcalina estavam aumentados, em 200 UI/l.

4 CONCLUSÕES

Observando as particularidades descritas acima referentes a ossificação heterotópica em pacientes acometidos pela SARS-COV2, percebe-se que essa relação entre as patologias independe da gravidade dos casos da infecção viral, uma vez que há relatos de ocorrências em quadros leves e graves da doença. Portanto, a OH deve ser sempre considerada em pacientes com SARS-COV2 que passaram por imobilizações prolongadas e que apresentem dores articulares, principalmente naqueles com história prévia de Fibrodysplasia Ossificante Progressiva (FOP). Além disso, a localização das ossificações parece ser variável, mas, pela análise dos casos descritos neste estudo, parece ocorrer com maior frequência nas regiões de membros superiores.

Segundo Meyer *et al.* (2021), A gestão inicial do quadro após o diagnóstico visa limitar sua progressão e maximizar a função da articulação afetada. O diagnóstico é baseado nas manifestações clínicas e deve ser confirmado por

métodos de imagem. Considerando o potencial de deficiências funcionais, o diagnóstico precoce e o manejo dessa condição são imprescindíveis.

Entretanto, ainda são necessários estudos para confirmar os motivos desencadeadores e os mecanismos fisiopatológicos da OH em pacientes infectados pelo coronavírus.

REFERÊNCIAS

AZIZ, A. *et al.* Heterotopic ossification post COVID-19: Report of two cases. **Radiology Case Reports**, v.16, n.2, p.404-409, 2021.

GRGUREVIC, L. *et al.* Post-COVID-19 exacerbation of fibrodysplasia ossificans progressiva with multiple flare-ups and extensive heterotopic ossification in a 45-year-old female patient. **Rheumatology International**, p. 1-7, 2021.

GUO, Y.; COLLACO, C.R.; BRUERA, E. Ossificação heterotópica em doença crítica e câncer: relato de 2 casos. **Arch Phys Med Rehabil**, p. 855859, 2002.

MACIAS, M.P. *et al.* Expression of IL-5 alters bone metabolism and induces ossification of the spleen in transgenic mice. **The Journal of clinical investigation**, v. 107, n. 8, p. 949-959, 2001.

MEYER, C. *et al.* Heterotopic ossification in COVID-19: a series of 4 cases. **Annals of physical and rehabilitation medicine**, v. 63, n. 6, p. 565, 2020.

MEYERS, C. *et al.* Heterotopic ossification: a comprehensive review. **JBMR plus**, v. 3, n. 4, p. e10172, 2019.

MULHOLLAND, B.S.; FORWOOD, M.R.; MORRISON, N.A. Monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1/CCL2) drives activation of bone remodelling and skeletal metastasis. **Current osteoporosis reports**, v. 17, n. 6, p. 538-547, 2019.

PHILIPS, C.A. *et al.* One disease, many faces-typical and atypical presentations of SARS-CoV-2 infection-related COVID-19 disease. **World Journal of Clinical Cases**, v. 8, n. 18, p. 3956, 2020.

SILFVERSWÄRD, C.J. *et al.* Bone formation in interleukin-4 and interleukin-13 depleted mice. **Acta orthopaedica**, v. 79, n. 3, p. 410-420, 2008.

SHERMAN, A.L.; WILLIAMS, J.; PATRICK, L.; BANOVAC, K. O valor da creatina quinase sérica no diagnóstico precoce de ossificação heterotópica. **J Spinal CordMed**, n. 26, p. 227-230, 2003.

PANORAMA DA HANSENÍASE NO BRASIL: análise epidemiológica e revisão bibliográfica

DAL PRÁ, Lucas Maciel; COMIN, Gabriela; SOARES, Julia Tolfo; TOMBINI, Maira Hellen; ROSSATTO, Martina Picolo; CADORE, Simone Reghelin; SPONCHIADO, Victória; ASSONI, Ariane Sponchiado.

URI – Erechim - lucasdalpra57@gmail.com - gabicomin@hotmail.com - juliatolfos@gmail.com - mairatombini19@hotmail.com - martina-picolo@hotmail.com - simonecadore1902@gmail.com - viicsponchiado@gmail.com - arianeassoni@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase pode ser brevemente definida como uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* que afeta primariamente a pele e o sistema nervoso periférico. A hanseníase, antigamente também chamada de Leprae, é uma doença infecciosa milenar que, apesar da existência de terapêutica eficaz, ainda persiste como problema de saúde pública em alguns países, entre eles o Brasil (PREVEDELLO; MIRA, 2007).

Ao estudar o surgimento da hanseníase no Brasil, deve-se levar em consideração que ela coincide com o período de colonização do território brasileiro devido não haver menção de doença similar entre os ameríndios. Em vista disso, estudos supõem que a doença chegou à América do Sul juntamente com os colonizadores portugueses, permanecendo até os dias de hoje (MONTEIRO, 1987). Diante da presença da hanseníase na sociedade brasileira, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica, a fim de aprofundar os conhecimentos acerca dos impactos da hanseníase por se tratar de uma doença infectocontagiosa crônica.

2 METODOLOGIA

Tendo em vista os impactos causados pela hanseníase na sociedade, o método de pesquisa utilizado trata-se de uma revisão de literatura baseada em artigos científicos encontrados nas plataformas digitais de estudo SCIELO, PUBMED e Google Acadêmico. Para a pesquisa, foram utilizadas palavras-chave, (tais como: hanseníase no Brasil, impactos da hanseníase, números de casos de hanseníase) para direcionar a pesquisa dentro dos últimos 10 anos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, de evolução lenta e com eliminação por vias aéreas superiores, sendo causada pelo contato prolongado com a bactéria *Mycobacterium leprae*, um bacilo que acomete principalmente os nervos periféricos, a pele e os olhos. Quando não tratada, é grande a possibilidade de causar deformidades e incapacidades físicas que, por vezes, são de caráter irreversível, sendo a incapacidade física de grau 2 (GIF 2) o estágio clínico mais avançado (BRASIL, 2021). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recebeu, no ano de 2019, 202.185 notificações de novos casos da doença no mundo, sendo que 29.936 aconteceram nas Américas e, desses, 27.864 casos foram notificados no

Brasil (OMS, 2020). Diante de tal cenário, o Ministério da Saúde definiu estratégias e metas para o combate da doença em território nacional.

A Estratégia Nacional tem como objetivo geral reduzir a carga da doença no país ao fim de 2022, e possui as seguintes metas: 1) reduzir para 30 o número total de crianças com grau 2 de incapacidade física; 2) reduzir para 8,83/1 milhão de habitantes a taxa de pessoas com grau 2 de incapacidade física; e 3) implantar em todas as Unidades da Federação canais para registro de práticas discriminatórias às pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares (BRASIL, 2021).

A doença faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017), o que define a obrigatoriedade da notificação dos casos de hanseníase ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) por parte dos profissionais de saúde, permitindo a análise dos dados recolhidos e a construção de indicadores regionais, o que possibilita a criação e a instauração de estratégias eficazes voltadas para o combate à doença.

O Boletim Epidemiológico - Hanseníase 2021, publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, traz um panorama completo sobre a doença no Brasil. Diante de variáveis socioeconômicas e educacionais, a doença acomete principalmente brasileiros homens, acima de 20 anos (predominantemente entre 70 e 79 anos), com ensino fundamental incompleto e baixa renda, em todas as regiões do país. Uma análise sobre os modos de detecção da infecção permite observar que, entre 2015 e 2019, houve um incremento de 46,6% no modo de detecção por exame de contato, enquanto os encaminhamentos e a demanda espontânea (vigilância passiva) tiveram decréscimo de 5% na proporção do total de detecções, evidenciando uma maior importância dada ao rastreamento comunitário da doença (BRASIL, 2021).

Também de acordo com o Boletim Epidemiológico - Hanseníase 2021, o Brasil vive, desde 2010, uma grande diminuição nas taxas de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, com uma redução de 55,2%, passando 5,34/100 mil habitantes em 2010 para 3,44/100 mil habitantes em 2019, o que configura uma mudança do parâmetro de “muito alto” para “alto” (BRASIL, 2021). Um estudo que avaliou a produtividade científica sobre o tema evidenciou uma curva ascendente dentro do cenário acadêmico nacional, com aumento do número de produções com o passar dos anos, as quais são publicadas principalmente em revistas especializadas na temática de Doenças Tropicais Negligenciadas com alcance e relevância internacional. Contudo, o mesmo estudo relata a incipiência de políticas públicas eficazes para controle e eliminação da doença (JARDIM *et al.*, 2020).

Outro estudo brasileiro expõe a necessidade de implemento de investimento direcionado à capacitação e atualização dos profissionais de saúde para captação precoce dos portadores, uma vez que a detecção precoce dos sintomas dermatológicos é essencial para a definição de uma estratégia terapêutica eficaz e diminuição dos riscos de incapacidade física e transmissibilidade, direcionando as políticas públicas em conjunto para tratamento e prevenção (SILVA *et al.*, 2020).

4 CONCLUSÕES

A hanseníase, mesmo sendo uma doença infecciosa que já se tem uma terapêutica eficaz, ainda é muito presente em alguns países da América, e o Brasil é um deles. Em nosso país, a doença é considerada um problema de saúde pública, e

faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (Portaria de Consolidação MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017). A partir desse cenário, o Ministério da Saúde já traçou metas e estratégias visando diminuir o número de casos, agindo em várias frentes, como por exemplo, investir em políticas públicas, visando informar sobre a doença, e também capacitar e atualizar os profissionais da saúde acerca de como agir e aplicar a terapêutica mais eficazes nos casos de hanseníase, e a partir de ações como essas, tentar diminuir o número de casos da doença em nosso país.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Leprosy Epidemiological Record 2021**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 56 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hanseniase-2021>. Acesso em 11 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 4, de 28 de setembro de 2012. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4**. Brasília, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prc0004_03_10_2012.html. Acesso em: 11 out. 2021.

JARDIM, Camila Pereira *et al.* Análise da produção científica brasileira sobre hanseníase identificada na base de dados Web of Science. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 24, n. 2, p. 105-111, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116373>. Acesso em: 11 out. 2021.

MONTEIRO, Y.N. Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**, v.12, n.1, 1-7, 1987.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Global leprosy update, 2019: time to step-up prevention initiatives. **Weekly Epidemiological Record**, Genebra, n. 95, p. 417-440, 4 set. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9536>. Acesso em: 11 out. 2021.

PREVEDELLO, F.C.; MIRA, M.T. Hanseníase: uma doença genética? **Anais Brasileiros de Dermatologia** [online]. 2007, v. 82, n. 5, p. 451-459. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962007000500009>. Acessado em: 15 out. 2021.

SILVA, M.D.P. *et al.* Leprosy in Brazil: an integrative review on sociodemographic and clinical characteristics. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 11, p. 1-17, 5 dez. 2020. Disponível em: <https://www.leprosy-information.org/resource/hanseniase-no-brasil-uma-revisao-integrativa-sobre-caracteristicas-sociodemograficas-e>. Acesso em: 11 out. 2021.

PARTO HUMANIZADO: O RENASCER DO PROTAGONISMO FEMININO

**TISSIANI, Taciê Hartmann Tissiani; ARBOIT, Bruna Regina;
WENCELEWSKI, Tayná Andressa; ROMERO, Samuel Salvi.**

URI Erechim – tacie_tissiani@hotmail.com; brunareginarb@gmail.com; twencelewski@gmail.com;
samuel@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O parto é denominado humanizado quando a equipe assistencial além de ser multiprofissional é apta a compreender, sentir e comunicar-se com a protagonista do cuidado - a gestante- e familiares estabelecendo, assim, uma relação mútua de confiança e respeito aos direitos essenciais e a humanidade (PRISZKULNIK, 2009). No entanto, observa-se que a assistência dos profissionais de saúde é de maneira geral precária, sendo a violência obstétrica algo hodierno, precisando ser debatido e enfrentado para que seja amenizado (NETO *et al.*, 2020).

As realidades colocam a mulher em cenários de corresponsabilidade, mas, são necessárias novas caracterizações nas formações em saúde, a fim de movimentar as compreensões integrais do cuidado, com suas abrangências e necessidades (NETO *et al.*, 2020). Atenta-se para o cuidado equitativo e associado a construção de identidades sociais e humanas, prevendo continuidade do cuidado e a promoção da saúde em todos os momentos e condições.

Assim, o presente trabalho tem por objetivo construir um ensaio por meio de uma revisão de literatura apontando a importância do parto humanizado, levando em consideração a atenção individualizada à gestante e a sua família, buscando respeitar a autonomia e manter a segurança ao nascimento.

2 METODOLOGIA

O delineamento metodológico do trabalho fundamentou-se em uma revisão narrativa de literatura, sendo que os artigos selecionados foram publicados nas bases de dados Scielo e Pubmed, no período de 2009 a 2021. Os descritores utilizados foram “parto humanizado” e “Medicina” observando o filtro para a língua portuguesa e inglesa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atenção ao parto no passado era essencialmente humana, se respeitava a natureza, a cultura e o protagonismo da mulher com os recursos que lhes eram disponíveis. Evidentemente, com a ascensão da era tecnológica e da medicina hospitalocêntrica, a tecnologia adentrou a vida das pessoas na esfera da saúde, bem como nos demais âmbitos (GUTIÉRREZ, 2019). Em meados das décadas de 1970 e 1980 surgiu um movimento social feminista em defesa do denominado “parto humanizado”, o qual representa até hoje um importante núcleo de modificação da forma que acontecem os partos. Tal movimento posiciona-se publicamente contra o parto hospitalar tradicional e propõe o incentivo e utilização ampla de práticas

“humanizadas”, apropriadas a autonomia da mulher e fisiologia do parto (RUSSO, 2019).

As ações práticas que atendem ao parto humanizado favorecem ambientes mais acolhedores, luz do agrado da gestante, participação ativa do casal, liberdade de mobilidade e de posições ao nascimento. Tais mudanças não expõem o conceito a risco algum, sendo sua vitalidade e sinais vitais aferidos rotineiramente durante o trabalho de parto. Hoje, a maioria das mulheres almejam preservar o controle pessoal e o senso de realização caso preciso alguma intervenção durante o trabalho de parto, por meio da participação ativa (GUTIÉRREZ, 2019).

A fim da plena aplicação da humanização do parto, as equipes devem incorporar a suas práticas uma filosofia organizacional alicerçada em uma cultura de humanização. A edificação dessa cultura demanda tempo e compreende a participação de todos os agentes do sistema de saúde, como gestores, profissionais da área da saúde, e demais envolvidos, por meio do processo de debate, elaboração, implementação, avaliação de campanhas, ações isoladas e programas (PRISZKULNIK, 2009). Além disso, o olhar para as culturas, necessidades, tomadas de decisão da mulher e seus familiares deve ser respeitado em todos os momentos. Nesse sentido, faz-se uma relação com a Política Nacional de Humanização, momento em que os cenários são descritos integralmente e podem ser visualizados por todos que fazem parte desse processo único (MABUCHI, 2008).

4 CONCLUSÕES

Os desafios voltados para a assistência ao parto humanizado são inúmeros, destacando-se as formações acadêmicas, os movimentos das instituições, a falta de conhecimentos das famílias e gestantes e a cultura da cesárea observada nos contextos sanitários. Esses movimentos precisam ser revistos considerando o protagonismo da mulher e as competências culturais associadas, para além disso a consideração da equidade como uma formatação a ser seguida e incorporada continuamente nos cenários de cuidado humano.

REFERÊNCIAS

GUTIÉRREZ, J.J.; González de la Torre H. It's high time for Humanized birth. Parto humanizado ¿para cuándo? **Enferm Clin (Engl Ed)**, v.29, n.4, p.205-206, 2019. doi:10.1016/j.enfcli.2019.07.002.

MABUCHI, A.S.; FUSTINONI, S.M. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 420-426, 2008.

NETO, O.M.S. et al. A Assistência dos Profissionais de Saúde no Parto Humanizado. **Educação, Ciência e Saúde**, v. 7, n. 1, 2020.

PRISZKULNIK, G.; MAIA, A.C. Parto humanizado: influências no segmento saúde. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 33, n. 1, p. 80-8, 2009.

RUSSO, J. et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **Mana**, v. 25, p. 519-550, 2019.

PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS APÓS INFECÇÃO POR COVID-19 EM INDIVÍDUOS DO MUNICÍPIO DE VIADUTOS-RS

TOCHETTO, Heluisa Zonin; WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk

URI Erechim – helo_tochetto@outlook.com.br; msalete@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A Covid-19 é uma doença causada pelo coronavírus que pode desencadear um quadro clínico, com sinais e sintomas como febre, tosse seca, fadiga, dispneia, artralgia, mialgia, cefaleia, anosmia, disgeusia ou ageusia, distúrbios de sono, diarreia, náusea, entre outros, podendo também se apresentar em formas mais graves, com manifestações cerebrovasculares e cardiovasculares agudas, síndrome de Guillain-Barré, eventos tromboembólicos e acometimento de diversos órgãos. (GUAN *et al.*, 2020; HUANG *et al.*, 2020). A doença costuma ter apresentações mais graves em pacientes que possuem outras doenças associadas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença cardíaca coronária, asma grave, obesidade, entre outras condições crônicas de saúde, além desses, a idade avançada também pode representar um risco de agravamento da doença. (BERLIN; GULICK; MARTINEZ, 2020; WILLIAMSON *et al.*, 2020). A doença também pode ter uma apresentação sintomática na fase crônica, denominada Síndrome pós-Covid-19, que pode levar o indivíduo a apresentar sintomatologias e disfunções, como fadiga residual, fibrose intersticial pulmonar, danos ao sistema nervoso, doenças cerebrovasculares, síndromes desmielinizantes de sistema nervoso periférico, lesões e disfunções cardíacas, eventos trombóticos, disfunções de diversos órgãos e até mesmo agravamento de doenças e comorbidades já existentes. (LAMPRECHT, 2020; PUCCIONI-SOHLER *et al.*, 2020;).

Contudo, apesar da gama de estudos relacionados a covid-19, não há uma clara descrição sobre a sintomatologia deixada em função da infecção pelo coronavírus, considerando assim, de particular importância o conhecimento proporcionado com esse estudo, que objetivou identificar a presença de sinais e sintomas que permanecem nos indivíduos, após infecção por Covid – 19. No tocante a área da Fisioterapia, sua importância reside na possibilidade de melhor direcionamento das ações de reabilitação, bem como ao aumento da extensão do conhecimento sobre essa afecção.

2 METODOLOGIA

Este estudo caracterizou-se como observacional, transversal, prospectivo e de caráter quali-quantitativo. A população foi composta por participantes que apresentaram infecção por covid-19 residentes no município de Viadutos-RS, cuja amostra contou com 32 participantes, de ambos os sexos, previamente contatados pela UBS municipal para autorização do repasse do seu contato para as pesquisadoras. A pesquisa realizou-se em junho e julho de 2021, por meio de um questionário encaminhado por meio de aplicativo de conversa (*WhatsApp*), os quais foram respondidos e reencaminhados às pesquisadoras, respeitando-se o cuidado

ético. A pesquisa foi previamente aprovada pelo CEP-URI sob CAEE nº 45538921.0.0000.5351. Os dados coletados foram analisados por estatística descritiva e pelo teste de Qui-quadrado.

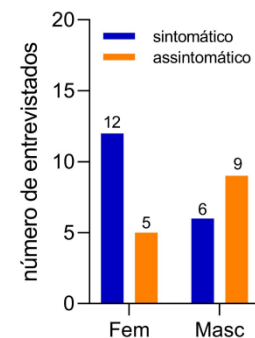
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, 35 questionários foram coletados, desses, 3 foram descartados por não se encaixarem nos critérios de inclusão, totalizando 32 participantes, com idade média de 37,5 (± 14), destes 17 eram do sexo feminino e 15 eram do sexo masculino.

Entre os questionários analisados, 18 (56,3%) relatavam sintomas residuais, destes, 11 apresentavam sintomatologia residual de origem neurológica, 7 de origem respiratória e 5 apresentavam permanência de sintomas de outra origem, que não neurológica ou respiratória. Apesar da pequena diferença entre os grupos com e sem sintomas, é possível observar uma tendência da expressão de quadro residual pós Covid-19, assim como no estudo de Carfi e colaboradores (2020), demonstrou que mais de 80% dos 143 pacientes que tiveram alta após internação por Covid-19, apresentavam pelo menos um sintoma residual.

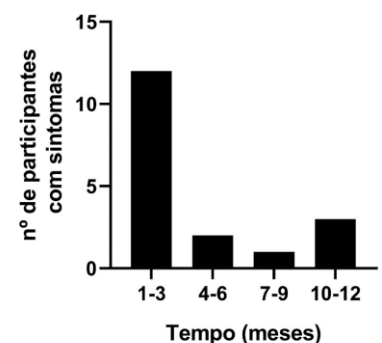


Houve uma tendência de maior apresentação de quadro residual após infecção por coronavírus em indivíduos do sexo feminino, tal achado discorda da literatura, que descreve a maior possibilidade de manifestações graves da doença, bem como a permanência de sintomas posteriores em indivíduos do sexo masculino, devido a maior concentração de andrógenos em homens, o que favoreceria a ligação do coronavírus com a Enzima Conversora de Angiotensina 2 (ECA2), que é a porta de entrada do vírus para o organismo (MJAESS, *et al.*, 2020; MOHAMED; MOULIN; SCHIÖTH, 2021).



Entre os sintomas neurológicos encontrados estavam hipogeusia e hiposmia, ansiedade, insônia e perda de memória, os sintomas respiratórios apresentados foram dispneia, tosse seca e fibrose pulmonar, os demais quadros residuais eram de origem musculoesquelética, sendo mialgia o sintoma residual mais relatado. Townsend e colaboradores (2020) buscaram explicar esses quadros residuais, em especial de origem musculoesquelética, baseados no extenso quadro inflamatório causado pela Covid-19, que exige grandes esforços do organismo para ser revertido, justificando a presença de sintomatologia persistente.

Neste estudo, os participantes que apresentaram quadros residuais após a Covid-19, tenderam a se concentrar nas faixas etária de 30 e de 55 anos, no entanto, a literatura relata que a persistência de sintomas é mais comum em indivíduos de idade mais avançada, pelo mesmo motivo de que estes têm mais risco de desenvolver quadros graves da doença, devido a existência de um quadro inflamatório crônico, típico da



senescência, que favorece a exacerbação da inflamação causada pelo coronavírus. (BEKTAS, *et al.*, 2020).

Quando se considera a variável tempo decorrido da infecção por Covid-19, essa pesquisa evidenciou uma maior propensão a existência de sintomatologia residual nos primeiros meses após a doença, com tendência a reduzir sua expressão com a passagem do tempo. A explicação para isso ainda não está totalmente esclarecida, já que cada organismo tende a reagir a doença de uma forma diferente, sendo o quadro clínico persistente muito variável, com sintomas flutuantes que podem desaparecer, reaparecer ou mesmo ser substituídos por sintomas diferentes e ao mesmo tempo, a sintomatologia residual pode, simplesmente, não ocorrer (MENDELSON *et al.*, 2020; THE LANCET, 2020).

4 CONCLUSÕES

Pode se afirmar que os residentes do município tendem a apresentar quadros sintomáticos residuais, com uma tendência de maior expressão por mulheres, indivíduos com faixas etárias de 30 e 55 anos e pessoas que se encontram nos primeiros meses pós Covid-19, com a expressão de sintomas de origem musculoesqueléticos em maior número, seguidos de sintomas neurológicos e respiratórios. Considerando o exposto, a importância do assunto abordado e a existência de algumas limitações do estudo, tais como a aplicação remota e o pequeno número amostral, é relevante a continuidade das pesquisas relacionadas a possibilidade de quadros persistentes pós Covid-19, para que o tratamento e a atenção a esses indivíduos sejam aprimorados, priorizando o retorno a funcionalidade e qualidade de vida anterior à infecção.

REFERÊNCIAS

- BEKTAS, A. *et al.* A public health perspective of aging: do hyper-inflammatory syndromes such as COVID-19, SARS, ARDS, cytokine storm syndrome, and post-ICU syndrome accelerate short- and long-term inflammaging?. **Immunity & Ageing**. v. 17, p. 23-24. 2020.
- BERLIN, D.A.; GULICK, R.M.; MARTINEZ, F.J. Severe Covid-19. **New England Journal of Medicine**, v.383, n.25, p. 2451-2460. 2020.
- CARFÌ, A. *et al.* COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. **JAMA**, v. 324, n.6, p.603-605. 2020.
- GUAN, W.J. *et al.* Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **New England Journal of Medicine**, v.18, n. 382, p. 1708. 2020.
- HUANG, C. *et al.* "Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China." **The Lancet (London, England)**, v.395, n. 10223, p. 497-506. 2020.
- LAMPRECHT, B. Gibt es ein Post-COVID-Syndrom? **Pneumologe Berlin**, v.8, p.1-4. 2020.
- MENDELSON, M. *et al.* Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. **South African Medical Journal**, v.111, n.1, p.10-12. 2020.

MJAESS, G. *et al.* COVID-19 and the male susceptibility: the role of ACE2, TMPRSS2 and the androgen receptor. **Progres en Urologie**. v.30, n.10, p.484-487. 2020.

MOHAMED, M.S.; MOULIN, T.C.; SCHIÖTH, H.B. Sex differences in COVID-19: the role of androgens in disease severity and progression. **Endocrine**. v.71, n.1, p. 3–8. 2021.

PUCCIONI-SOHLER, M. *et al.* Current evidence of neurological features, diagnosis, and neuropathogenesis associated with COVID-19. **Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine**, v.53, n.2020, p. 477, 2020.

THE LANCET. Facing up to long COVID. **Lancet**, v.396, n.10266, p.1861, 2020.

TOWNSEND, L. *et al.* Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection. **PloS One**, v.15, n.11, 2020.

WILLIAMSON, E.J. *et al.* Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. **Nature**, v.584, n.7821, p.430-436, 2020.

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS ATUANTES NA UTI COVID-19



**MÜLLER, Nathana; AVOZANI, Cíntia Emely; DALLANORA, Joana Schnur;
MAZZETTI, Jorgiana Luiza Copini; DALL'AGNOL, Paulo Roberto.**

URI Erechim – nathana.muller@hotmail.com; cinthiaavozani2@gmail.com; dallas.joana@gmail.com;
jhogi2009@hotmail.com; paulodallagnol@uricer.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

Em decorrência da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), ocasionada pelo novo coronavírus, causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2, os sistemas de saúde mundiais entraram em colapso e juntamente com esses, os profissionais atuantes na linha de frente, especialmente os médicos das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), cujos casos de exaustão emocional, denominada Síndrome de Burnout, adquiriram grandes dimensões.

A etiologia da Síndrome de Burnout é multifatorial, de forma que inúmeros fatores contribuem para o desencadeamento dessa, dentre esses, o modo como o profissional enfrenta o estresse, além da organização do ambiente de trabalho. A partir disso, o termo inglês “burnout” significa queimar ou destruir-se pelo fogo. É uma síndrome do meio laboral caracterizada por um processo de resposta de cronificação ao estresse ocupacional, quando os métodos de enfrentamento falham ou são insuficientes, trazendo consigo consequências negativas tanto em nível individual, como profissional, familiar e social (BARBOZA; BERESIN, 2007). Esses traços que se tornaram mais evidentes em profissionais com contato direto com o paciente durante a pandemia, principalmente, por conta das jornadas excessivas de trabalho, e exposição à um vírus que não se conhece a procedência. Logo, o combate à COVID-19 é o foco mundial de grande parte dos países, por isso a saúde mental dos profissionais acaba sendo negligenciada.

Esses fatores resultam em impacto direto na saúde mental destes profissionais que permanecem em contato direto com a população doente, mesmo diante do constante de contrair a infecção e propagar o agente patogênico, o que acaba contribuindo para a deterioração da qualidade de vida desta categoria (LIMA, *et al.*, 2020; CABELLO; PÉREZ, 2020).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa, construída para resumo expandido na IV Jornada Acadêmica de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim, acerca do tema “Prevalência da Síndrome de Burnout em médicos atuantes na UTI COVID-19” e foi delineada tendo como subsídio artigos indexados em bases de dados, tais como: Journal of Public Health Research, BMC Public Health e Pubmed. A revisão foi discutida pela Liga Acadêmica de Medicina Intensiva (LAMI URI) e contextualizada sob os parâmetros do presente método.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A temática global, conhecida como COVID-19, acometeu profissionais de diversos setores de trabalho, mas principalmente os profissionais da área da saúde. Esses, foram submetidos a um alto risco de infecção por meio da exposição direta no local de trabalho, bem como pelo aumento da carga de trabalho e o estresse psicológico. A pandemia, além de todas as consequências dos acometidos pela doença, tem contribuído para um aumento da Síndrome de Burnout em médicos, enfermeiros, técnicos, entre outros (SUNJAYA *et al.*, 2021).

Estudos prévios já haviam diagnosticado que profissionais da área da saúde possuem uma predisposição maior a ter Burnout, no entanto, atuar na linha de frente durante a pandemia agravou significativamente essa propensão (BARRETO, 2020). Segundo a pesquisa realizada pela PEBMED (2020), alguns fatores que contribuíram para o esgotamento do trabalhador, foram: maior demanda do que recursos disponíveis, piores condições de trabalho, menor segurança psicológica no ambiente de trabalho, medo de contaminação dos familiares e outros.

Aqueles que estão expostos diariamente a pacientes infectados, são integrantes de um grupo de risco para o COVID-19, pois adquirem uma alta carga viral. Os médicos e enfermeiros tendem a encarar demandas psicológicas adicionais por consequência da resistência necessária ao ambiente de trabalho arriscado e sobrecarregado de pressões (MOURA; FURTADO; SOBRAL, 2020). A cronicidades do estresse e ansiedade no contexto médico-hospitalar leva a exaustão física e emocional, caracterizando a síndrome, podendo afetar seriamente o desempenho médico e comprometer o tratamento do paciente (SHREFFLER, 2020).

Conforme estudos realizados na Itália, apresentam que profissionais que atuam diretamente com o vírus correm maior risco de estresse, Burnout, ansiedade, trauma secundário, depressão, além de insatisfação e esgotamento. Verificou-se que um grupo de profissionais da linha de frente que cogitava solicitar apoio psicológico era maior que o grupo que não trabalhava com pacientes infectados. E o resultado final indicou que a saúde mental dos profissionais requer maior atenção, através de programas direcionados à prevenção e intervenção precoce (TRUMELLO, 2020).

Em outra pesquisa realizada no Brasil, a prevalência de Burnout foi de 79% em médicos e 74% em enfermeiros (BARRETO, 2020). O Burnout pode reduzir a qualidade dos cuidados médicos ao ponto de comprometer o tratamento do paciente. Essa redução pode levar a sérias consequências, como erros médicos, acidentes, suicídios, uso de substâncias ilícitas e o desenvolvimento de doenças cardíacas. Na fase inicial da COVID-19 foi dada pouca importância ao Burnout e ao bem-estar dos trabalhadores, mas no decorrer da pandemia, notou-se que é importante manter um controle sobre aqueles que estão na linha de frente (SOUSA; MOURÃO, 2018).

A Escola Nacional de Saúde Pública, em 2020, realizou uma pesquisa com profissionais de saúde, alcançou uma marca de 72% dos entrevistados com níveis moderados ou elevados de exaustão emocional e de Burnout. O estudo citado foi realizado em três momentos diferentes da pandemia, e revelou um aumento nos níveis de Burnout no decorrer dos momentos.

O apoio social, seja por amigos, supervisores, colegas de trabalho, cônjuge e filhos, familiares, pode fornecer aos profissionais um meio de saída para controlar o estresse relacionado aos plantões de trabalho e aperfeiçoar a autoconfiança nas próprias habilidades. Ademais, a falta de apoio psicológico demonstrou um impacto

negativo na saúde mental, gerando processos depressivos e de ansiedade em profissionais da área (SANGHERA, 2020).

4 CONCLUSÕES

A presente pesquisa reitera os recorrentes índices da Síndrome de Burnout vivenciados por profissionais da área da saúde, e ainda, apresenta o quanto atuantes da linha de frente no combate à pandemia, sobretudo os médicos das UTIs COVID, têm sua situação de saúde demasiadamente debilitada. A síndrome que é provinda de múltiplos fatores, inclui principalmente desafios vivenciados diariamente por estes médicos: estresse e sobrecarga. Essa situação ocorre de maneira tão exacerbada, que é notório os graves danos causados à saúde destes profissionais, bem como, aos pacientes por eles tratados.

Com isso, fica evidente a urgente necessidade de um olhar cuidadoso para essa situação, de maneira com que sejam buscadas efetivas soluções para este desafio, apresentando alternativas para que os médicos atuantes da linha de frente possam ser cuidados, ao mesmo tempo que seguem com sua importante atuação no cuidado ao próximo.

REFERÊNCIAS

BARBOZA, J.I.R.A; BERESIN, B. A síndrome de burnout em graduandos de enfermagem. **Einsten**, v.5, n.3, p.225-230, 2007.

BARRETO, C. Prevalência de burnout é maior em médicos que atuam na linha de frente da Covid-19. **Portal PUBMED**, 2020. Disponível em: <https://pubmed.com.br/prevalencia-de-burnout-e-maior-em-medicos-queatuam-na-linha-de-frente-da-covid-19/> Acesso em: 09 out. 2021.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2020. Barometro Covid-19: A Saúde Ocupacional e o risco de Covid-19. **Escola Nacional Saúde Pública**, 2021. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/a-saudeocupacional-e-o-risco-de-covid-19/> Acesso em: 10 out. 2021.

MOURA, E.C.; FURTADO, L.; SOBRAL, F. The Burnout Epidemic During the Covid-19 Pandemic: The Role of Imx in Alleviating Physicians' Burnout. **Revista de Administração de Empresas**, v.60, n.6, p. 426-436, 2020.

RIBEIRO, L.; VIEIRA, T.A.; NAKA, S.S. Síndrome de burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.12, n.11, 2020.

SANGHERA, J.; PATTANI, N.; HASHMI, Y.; VARLEY, K.F.; CHERUVU, M.S.; BRADLEY, A.; BURKE, J.R. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting: a systematic review. **Journal of Occupational Health**, v.62, n.1, 2020.

SHREFFLER, P.J.; PETREY, M.J.; HUECKER, M.M. The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: a scoping review. **West J Emerg Med**, v.21, n.5, 2020.

SOUSA, A.R.; MOURÃO, J.I. Burnout em anestesiologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.68, n.5, p. 507-517, 2018.

SUNJAYA, D.K.; HERAWATI, D.M.D.; SIREGAR, A.Y.M. Depressive, anxiety, and burnout symptoms on health care personnel at a month after COVID-19 outbreak in Indonesia. **BMC Public Health**, v. 21, n 1, p. 227, 2021.

TRUMELLO, C. Psychological adjustment of healthcare workers in italy during the covid-19 pandemic: differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals. **Research Public Health**, v.17, n.22, p.8358, 2020.

PRINCÍPIOS DO USO DE LASER PARA A CICATRIZAÇÃO DE QUEIMADURAS



CARLEXO, Rafaella; FAITÃO, Caroline; BRESSIANI, Paolla Favaro; RIBEIRO, Amanda Lavandoski; MANFREDINI, Rinede Luis.

URI Erechim – rafa.carlexo@gmail.com, carolfaitao@gmail.com, paollabre@gmail.com, amanda.l.r@outlook.com, cirurgioplastica1@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

As queimaduras são lesões do tecido epitelial, podendo ser ocasionadas por um trauma térmico, que pode evoluir de diferentes formas, com prognóstico de uma cicatrização melhor ou pior qualidade estética e funcional. Atualmente as lesões traumáticas por queimaduras correspondem a uma taxa de mortalidade entre 0,86% e 34,4%. A principal causa de morte ocorre por complicações infecciosas. Com o intuito de melhorar o processo cicatricial das queimaduras, iniciou-se o tratamento clínico com a utilização do laser de baixa frequência há cerca de 30 anos, que além de efeito cicatrizante, auxilia no efeito anti-inflamatório e analgésico da lesão. Esse efeito ocorre a partir da biomodulação, técnica mais utilizada na laserterapia, que demonstra grande eficiência nesses processos, procurando inibir a sepse.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido tem o intuito de discorrer acerca do tema da utilização de laserterapia para contribuir na cicatrização de queimaduras. Foi realizada uma revisão bibliográfica para discutir os princípios da ação do laser de baixa frequência nas lesões cutâneas térmicas. Para a localização dos artigos, foram realizadas pesquisas nas plataformas do Google Acadêmico e Scielo por meio de palavras-chave: laserterapia, queimaduras, cicatrização, lesões teciduais.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As queimaduras são lesões teciduais provocadas por um trauma de origem térmica, caracterizadas por diferentes prognósticos que levam em consideração a profundidade e extensão prejudicada (ANDRADE *et al.*, 2010). A cicatrização de uma área queimada começa com a formação de uma rede de fibrina e com a migração dos neutrófilos, linfócitos e macrófagos (LINS, *et al.*, 2010). Posteriormente, ocorre a reepitelização com a transladação de queratinócitos remanescentes, proliferação de fibroblastos, angiogênese e contração da ferida pelos miofibroblastos (ANDRADE *et al.*, 2010). Por fim, verifica-se a substituição do colágeno tipo 3 (produzido pelos fibroblastos), pelo colágeno tipo 1, a diminuição do número de vasos e a absorção de água. Assim, percebe-se a complexidade do processo desde o início da lesão até a sua cicatrização (ANDRADE *et al.*, 2010).

O princípio curativo do laser de baixa frequência no processo de cicatrização é baseado na energia dos fótons absorvidos (ORTIZ *et al.*, 2001) e sua conversão em efeitos sob as funções celulares (LINS *et al.*, 2010). Essa conversão é provocada

através da monocromaticidade das ondas luminosas que causa a excitação, vibração ou rotação seletiva de alguns átomos e moléculas. Esse fenômeno acontece de maneira seletiva, dependendo do conteúdo de energia da onda, e é responsável por aumentar o número de moléculas produzidas durante uma reação. Dessa forma, o laser acelera o metabolismo das células e, conseqüentemente, o processo de cicatrização passa a ser mais rápido (LINS *et al.*, 2010).

Encontra-se evidências de que a laserterapia de baixa frequência acelera esse processo de cicatrização através da biomodulação em sua forma estimulatória. O processo de biomodulação é explicado através de distintas teorias, sendo a “Teoria Fotoquímica” a mais estudada atualmente (ORTIZ, *et al.*, 2001). Através dela, considera-se que a energia eletromagnética estimula fotorreceptores e/ou cromóforos (grupo de moléculas capazes de absorver luz e transferir a estimulação funcionalmente para a célula) que respondem a uma faixa de luz específica e convertem a energia absorvida. Dessa maneira, para conseguir um processo de aceleração cicatricial eficaz por laserterapia, é necessário que o comprimento da luz seja específico, já que os efeitos são dose-dependentes (ANDRADE *et al.*, 2010).

Depois de absorvido e convertido, acredita-se que esse estímulo pronuncie seus eventos primários na mitocôndria. Em seguida podem acontecer reações induzidas pela luz: aceleração na transferência de elétrons, alterações estruturais pelo aquecimento transitório dos cromóforos, aumento na produção de superóxido e geração de oxigênio molecular. Como reação intermediária é hipotetizada a absorção de fótons pela mitocôndria, gerando aumento na síntese de DNA e RNA (HENRIQUES, *et al.*, 2010). Concomitantemente, de forma a contribuir na redução da inflamação, em que a fotomodulação aumenta o número de polimorfonucleares, removendo rapidamente bactérias e excessos de detritos (ANDRADE *et al.*, 2020). Em síntese, os benefícios gerados nessa etapa são de suma importância, pois a sepse, processo inflamatório que gera complicações, é a principal causa de óbito em queimados (ANDRADE *et al.*, 2010).

Já na fase proliferativa, a elevação da produção de moléculas de modo geral aumenta a quantidade de ácido ascórbico nos fibroblastos, que se caracteriza como cofator para a síntese de colágeno (LINS *et al.*, 2010). Além disso, também foi constatado uma elevação nos fatores de crescimento da célula, incluindo o fator de crescimento fibroblástico básico que induz a proliferação e diferenciação fibroblástica, o aumento na produção de ATP pelas células mitocondriais, sendo a cadeia respiratória um receptor da luz visível e a mitocôndria um dos primeiros locais de eventos fotoquímicos e o aumento da síntese de DNA e RNA resultando em uma maior frequência da divisão mitótica (HENRIQUES *et al.*, 2010).

Finalmente, durante a fase de remodelação foi evidenciado o efeito do laser de baixa intensidade sobre as fibras colágenas e elásticas que demonstrou um padrão de fibras mais organizado, com melhores resultados biomecânicos de força, alongamento e deformação, sendo utilizado para essa evidência um estudo feito com tendões (ANDRADE *et al.*, 2010). Logo, nos caracteriza como uma melhor organização das fibras colágenas, em que se resulta uma rápida reestruturação sem muito dano.

Dessa forma, após análise dos estudos que pesquisaram os efeitos do laser no tratamento de queimaduras em seres humanos, foram encontrados diferentes resultados, muitos deles não em proporções estatísticas significativas. Outros, tiveram uma melhora na deposição de fibras colágenas, espessura da epiderme, menor incidência de bactérias ou epitelização acelerada (ANDRADE, *et al.*, 2014). Apesar disso, mais estudos devem ser realizados para que dados estatísticos mais

concretos possam ser coletados e para que a proposta de tratamento possa ser aprimorada.

4 CONCLUSÕES

Verificamos que os efeitos do laser de baixa frequência no tratamento de queimaduras possuem benefícios, dentre eles a aceleração no processo de cicatrização, além de reduzir as reações inflamatórias, interferindo na organização do colágeno, responsável pela cicatrização. Contudo, para que a laserterapia seja um modo terapêutico confiável, é fundamental utilizar adequadamente: dose, comprimento de onda e densidade de energia de acordo com os efeitos e fins propostos para cada caso a ser tratado, além da importância de se iniciar o tratamento o quanto antes, para dessa forma evitar a estadia do paciente no ambiente hospitalar, a fim de não expor o mesmo às bactérias presentes no local. Ademais, pacientes que iniciam o tratamento mais rapidamente, apresentam melhores resultados tanto estéticos como funcionais. Assim, percebe-se que seu uso é uma ótima opção para o tratamento dos traumas ocorridos pelas queimaduras.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Alessandra G. *et al.* Effects of the therapeutic laser on the wound healing of burns: a bibliographic review. **Rev Bras Queimaduras**, v.9, n.1, p.21-30, 2010. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/how-to-cite/29/pt-BR>. Acesso em: 15 out. 2021

ANDRADE, Fabiana S.S.D. *et al.* Effects of low-level laser therapy on wound healing. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 41, n. 02, p.129-133, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/mGfYSb5cKWMZtqFRGrDvDQR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021

HENRIQUES, Águida G.C *et al.* Low intensity laser therapy effects on cell proliferation and differentiation: review of the literature. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.37, n.4, p.295-302, ago, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/NrYPgTHBg4X5G8MpvQkBZnb/?lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2021.

LINS, Ruthinéia D.A.U *et al.* Biostimulation effects of low-power laser in the repair process. **An Bras Dermatol.**, v.85, n.6, p.849-55, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/PDZDkSSQdZkL5xdjYZh4VVN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2021.

ORTIZ, Maria C.S. *et al.* Low intensity laser: principles and generalities -Part 1. **Fisioterapia Brasil**, v.2, n.4, jul.-ago, 2001. Disponível em: <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/644/1306>. Acesso em: 09 out. 2021

PROTOCOLO DE MANCHESTER: MÉTODO QUE CONFERE PRIORIDADE PELA GRAVIDADE DE CADA PACIENTE



**BUDKE, Tamiris; AVOZANI, Cíntia Emely; DA LUZ, Caroline Andreola;
OLIVEIRA, Laura Mingotti; BUSETTO, Marcos Antônio**

URI Erechim – tamirisbudke9@gmail.com - cinthiaavozani2@gmail.com -
carol.andreola98@gmail.com - lauramingotti@hotmail.com - marbusetto@uol.com.br

1 INTRODUÇÃO

A superlotação nos hospitais brasileiros retrata que a demanda é muito maior que a oferta de serviços disponíveis. Assim, na urgência e emergência a realidade não é diferente (SOUZA, 2015). Para tentar amenizar esse problema, desde de 2004, o Ministério da Saúde implantou o acolhimento com classificação a fim de melhorar a assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, uma das formas de classificação é o Protocolo de Manchester (MTS), o qual é um protocolo de origem inglesa que tem por finalidade classificar os atendimentos de emergência em cinco níveis. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo esclarecer o principal propósito e o funcionamento do MTS, bem como as principais mudanças que ocorreram desde o começo do uso desse protocolo.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza básica, com objetivo descritivo. Para a realização desse estudo foram analisados artigos científicos encontrados nas plataformas de busca do Pubmed, Scielo, Google Acadêmico, além de livros acadêmicos da biblioteca virtual da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, que abordam o MTS e suas classificações, condutas e manejos. A pesquisa foi delineada e revisada durante os encontros da Liga Acadêmica de medicina, trauma, urgência e emergência (LAMTUE URI) e contextualizada sob os parâmetros do presente método.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os serviços de urgência e emergência são um importante componente da assistência à saúde no Brasil. É o local de primeira escolha para solucionar situações de agravos à saúde. O principal motivo do atendimento emergencial envolve casos de dor, sendo seguido por casos de trauma (INÁCIO, 2018). Desse modo, o Ministério da Saúde brasileiro recomenda que a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência deve seguir um protocolo direcionador. Dentre as escalas de triagem existentes, o Protocolo de Manchester (MTS) tem sido adotado na maioria dos serviços de urgência como instrumento direcionador da classificação, sendo utilizado em 16 dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (SOUZA, 2014).

O principal propósito do MTS é promover um atendimento mais qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de

complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de emergência. A classificação deve ser realizada por um profissional de nível superior na área da saúde, sendo o enfermeiro o profissional mais indicado. Esse profissional responsável pela classificação de risco deve saber escutar a queixa do paciente, para somente após classificá-lo (CAMPOS, 2016). Dessa maneira, resultará em um atendimento humanizado e necessário, em vista da prioridade dos agravos existentes com risco de vida iminente.

De acordo com Souza (2014), a escala de triagem do MTS classifica o paciente em cinco níveis de prioridade: “nível 1, cuja cor é vermelha, (emergente, deve receber atendimento médico imediato); nível 2, cor laranja, (muito urgente, avaliação médica em até 10 minutos); nível 3, cor amarela, (urgente, avaliação médica em até 60 minutos); nível 4, cor verde, (pouco urgente, avaliação médica em até 120 minutos); nível 5, cor azul, (não urgente e pode aguardar até 240 minutos)”. A importância do MTS está relacionada com a contribuição para uma melhora do serviço de emergência, via ordenação do atendimento de acordo com o grau de gravidade do paciente e não por ordem de chegada, assim agiliza os processos, reduz tempo de espera nas filas, o qual acarreta uma maior satisfação dos usuários dos serviços de emergência.

Nesse sentido, uma das mudanças eficazes com a aplicação do MTS, são melhorias no atendimento, tornando-o mais ágil, contribuição da gestão das unidades de emergência, uma vez que pode-se direcionar recursos e materiais já no método de triagem e descongestionar os serviços de urgência e emergência (CAMPOS, 2016). Vale ressaltar, que o Protocolo de Manchester não tem por intuito excluir pacientes, mas sim, estratificá-los conforme sua necessidade, visando um atendimento com responsabilidade.

4 CONCLUSÕES

Como exposto acima, um atendimento efetivo nos serviços de urgência e emergência vai ao encontro de estratificar os riscos apresentados pelos pacientes, de forma a primariamente atender situações de maior complexidade, seguido dos casos de menor magnitude. Para melhor direcionar esse cuidado, o Protocolo de Manchester foi adotado e segue um sistema próprio de cores para qualificar os níveis de gravidade e, por conseguinte, o tempo em que o paciente pode esperar para ser atendido. Com isso, o objetivo é ser ágil no atendimento dos serviços de urgência e emergência, de forma a evitar possíveis complicações de saúde, rebatendo congestionamentos nas filas e melhor satisfazendo os usuários.

REFERÊNCIAS

ABIB, S.C.V.; PERFEITO, J.A.J. **Guia de Trauma**. São Paulo: Manole, 2012.

CAMPOS, G.M.S.; MEDEIROS, I.; LARA, J.S.; MALDONADO, R.S.; DELBEN, T.V. Triagem: o método que prioriza a vida. **Revista eletrônica da UNIVAG, Minas Gerais**, n.15, 2016. Disponível em: <http://periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/349/578> Acesso em: 04 out. 2021.

DINIZ, A.S.; SILVA, A.P.; SOUZA, C.C. *et al.* Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de**

Enfermagem, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em:
<https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/21700>. Acesso em: 12 out. 2021.

INÁCIO, A.S.; TOMASI, C.D. Demanda de atendimento em urgência e emergência. **Revista Enfermagem Brasil, Santa Catarina**, v.17, n.6, fev., 2019.

SOUZA, C.C.; ARAÚJO, F.A.; CHIANCA, T.C.M. Scientific Literature on the Reliability and Validity of the Manchester Triage System (MTS) Protocol: A Integrative Literature Review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 144–151, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8PqLqcnNmCp7mkqPxLkKhdL/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 12 out. 2021.

RELAÇÃO ENTRE INFERTILIDADE FEMININA E A DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D: UMA REVISÃO LITERÁRIA



WODZIK, Grégor Luiz; DALLA COSTA, Gabriela Elis; MODESTI, Elisa Ana;

SAUER, Benjamin; AMARAL, Alexandre Umpierrez.

URI Erechim - gregwodz@gmail.com - gabrielaelisdallacosta@hotmail.com -

elisaanamodesti@gmail.com - benjaminsauer.med@gmail.com - alexandreamaral@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A vitamina D é um pró-hormônio de extrema importância para o corpo humano, tendo como função principal a absorção de cálcio e fósforo. As enzimas necessárias para a sua produção encontram-se na maioria das células e tecidos e, quando está deficiente no organismo, pode auxiliar no desenvolvimento de doenças crônicas, autoimunes e infecciosas (VOULGARIS *et al.*, 2017). A deficiência de vitamina D é considerada um problema de saúde pública a nível mundial, pois na maioria dos países, grande parte da população não atende às necessidades dietéticas recomendadas pelas diretrizes nutricionais dessa substância (PILZ *et al.*, 2018).

O tecido cervical e uterino, os epitélios vaginais, as células endometriais das trompas de Falópio, os ovários e as glândulas pituitárias possuem receptores e enzimas que estão envolvidos no metabolismo da vitamina D (LOPES *et al.*, 2017). Diante disso, nos últimos anos, iniciou-se uma busca pela possível relação entre a deficiência dessa substância e a infertilidade feminina. A partir dessas informações, o objetivo deste trabalho é trazer considerações a respeito do tema através da revisão da literatura disponível no acervo digital.

2 METODOLOGIA

O presente resumo consiste em uma revisão bibliográfica referente a relação entre a infertilidade feminina e a deficiência de vitamina D. Os artigos analisados foram encontrados em plataformas de busca como o Google Acadêmico, Scielo, PubMed e foram publicados entre os anos de 2014 e 2018, sendo duas revisões sistemáticas, duas revisões bibliográficas e um estudo transversal. As palavras-chave utilizadas foram “vitamin D infertility” e “female infertility”.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vitamina D é um grupo de esteróides lipossolúveis, responsáveis pela absorção intestinal de cálcio e fósforo, que, segundo SKOWRONSKA *et al.* (2016) e PILZ *et al.* (2018), se relacionam diretamente com a manutenção do sistema esqueleto-muscular. Existem principalmente duas formas utilizáveis pelo organismo humano. A Vitamina D₂, Ergocalciferol, é obtida por via da alimentação, sendo produzida por fungos, como cogumelos e leveduras, e plantas. A outra forma, Vitamina D₃, Colecalciferol, pode ser produzida endogenamente por uma reação na

epiderme, induzida por raios ultravioleta (UV-B), tendo como precursor 7-desidrocolesterol ou, também, obtida por alimentos como ovos e peixes. Estas duas formas de Vitamina D são virtualmente idênticas e seus respectivos funcionamentos não diferem suficientemente para os escopos deste resumo para serem tratadas separadamente.

No corpo humano, de acordo com PILZ *et al.* (2018), a vitamina D é convertida no fígado em 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) por diferentes enzimas 25-hidroxilases. A concentração de 25(OH)D no sangue é usada para quantizar os níveis de vitamina D. A maior parte do 25(OH)D é transportada pela Proteína Ligante de Vitamina D (*Vitamin D Binding Protein* – VDBP). Depois de hidroxilada no fígado, a 25(OH)D pode ser hidroxilada mais uma vez, desta vez pela enzima 1 α -hidroxilase, formando 1,25-dihidroxivitamina D (1,25(OH)₂D), Calcitriol, que é a molécula com o maior nível de afinidade com o Receptor de Vitamina D (*Vitamin D Receptor* – VDR). Embora maior parte da 1,25(OH)₂D seja produzida nos rins, 1,25(OH)₂D também pode ser produzida em um nível local. O receptor VDR, quando ligado a vitamina D, controla a expressão de mais de 200 genes relacionados com metabolismo, anabolismo, reabsorção do Ca²⁺ dos ossos, homeostase mineral, transporte de Ca²⁺ no intestino e controle do ciclo celular.

Vitamina D, Cálcio e Infertilidade

De acordo com BERRIDGE (2018), existem indícios de que a vitamina D está relacionada à infertilidade em processos como gametogênese, fertilização, no período anterior à implantação e na própria implantação e formação da placenta. O sistema de sinalização do Ca²⁺ tem também um alto nível de importância na ocorrência destes processos.

O Ca²⁺, segundo BERRIDGE (2018), é importante para o início do desenvolvimento do embrião. Após a fertilização, as concentrações de Ca²⁺ oscilam devido a abertura de canais InsP₃Rs, o que ocorre a partir de uma cascata reacional provocada pela fusão do ovo com o espermatozóide. A função da oscilação do Ca²⁺ é orquestrar os estágios do início do desenvolvimento, como a prevenção de polispermia e a indução da transcrição gênica responsável pela iniciação do processo de clivagem. Um dos modos de como a Vitamina D pode influenciar este processo é alterando as propriedades das oscilações de Ca²⁺. A Hipótese de Estabilidade Fenotípica sugere que a vitamina D mantém os níveis de Ca²⁺ mais baixos que o normal. A ausência de vitamina D pode acelerar as oscilações, assim deixando esta fase de desenvolvimento desordenada. Estes estágios de desenvolvimento são altamente sensíveis a estresse oxidativo, o que a alta concentração de Vitamina D ajuda a combater.

Efeito da vitamina D sobre a fertilidade feminina

Separamos o efeito dos níveis séricos de 25(OH)D na saúde reprodutiva da mulher em causas diretas, como taxas de sucesso da fertilização assistida e não assistida, e causas indiretas, como doenças que causam infertilidade.

Ensaio clínicos randomizados demonstram, em grande número, um efeito positivo entre altos níveis de vitamina D na taxa de sucesso da fertilização *in vitro* e implantação do embrião, fator atribuído aos efeitos benéficos da substância ao endométrio. Contudo, há estudos que não notaram diferença significativa entre essas taxas. Já quando se analisa o efeito da suplementação de 25(OH)D em

mulheres deficientes da substância nota-se o oposto, em sua maioria os ensaios não alteraram os resultados da fecundação, seja na reprodução assistida ou não. Também há relatos que a deficiência de vitamina D diminui a taxa de fecundação de mulheres não hispânicas, porém não altera as taxas nas mulheres asiáticas, denotando que a fisiologia da vitamina D e sua relação com a fertilidade pode diferir entre etnias. A revisão desses artigos mostra termos dados insuficientes para estabelecer uma relação de causa-efeito direta entre vitamina D e fertilidade feminina, além de haver a necessidade de elucidar os níveis mínimos de 25(OH)D para uma saúde reprodutiva ideal, segundo VOULGARIS *et al.* (2017). É importante salientar que a 25-hidroxivitamina D é essencial para o desenvolvimento do feto-embrião, e havendo a necessidade, deve-se fazer a suplementação.

De maneira mais clara, a carência de vitamina D parece interferir na fertilidade indiretamente, predispondo a doenças como Síndrome do ovário policístico (SOP), endometriose e leiomiomas, levantando hipóteses sobre a patogenia das doenças.

SOP: vitamina D melhora a ação insulínica, e sua carência está associada à resistência insulínica, que tem um papel central na patogênese, além do VDR ter genes polimórficos que podem predispor a SOP.

Leiomioma: a vitamina D inibiu o crescimento e induziu a apoptose das células do leiomioma em animais, a sintomatologia da doença também parece ser mais severa quando associada a baixos níveis da vitamina.

Endometriose: Há uma expressão maior de VDR e 1 α hidroxilase no endométrio, tendo relatos de aumento da 25(OH)D₃. Mais detalhes são desconhecidos.

Essas três doenças são importantes fatores de infertilidade feminina e a carência de vitamina D pode ser uma das causas. A suplementação da mesma é sugerida como possível tratamento adjuvante para SOP e leiomioma.

4 CONCLUSÕES

A vitamina D, juntamente com o VRD, é responsável pela expressão de mais de 200 genes envolvidos em processos fisiológicos. Alguns estudos indicam que baixos níveis da vitamina D podem ter relação com a infertilidade, pois há uma participação importante antes e após a fertilização. A vitamina D também é importante para a fixação de Ca²⁺ no organismo, que também participa de etapas no processo de fertilização e desenvolvimento. Contudo, alguns estudos mostram diferenças no nível de influência da vitamina D sobre a fertilidade, de acordo com fatores externos, por exemplo, etnia das participantes dos estudos. Segundo os artigos analisados, não há indícios suficientes de que a deficiência de vitamina D interfira de modo direto na fertilidade, e sim por fatores indiretos, como predisposição do organismo a doenças que comprometem o processo fisiológico de fertilização. São necessários mais estudos para aprimorar as pesquisas acerca da influência da vitamina D na fertilidade.

REFERÊNCIAS

BERRIDGE, M.J. Vitamin D deficiency: infertility and neurodevelopmental diseases (attention deficit hyperactivity disorder, autism, and schizophrenia). **Am J Physiol Cell Physiol**, v.314, p.C135–C151, 2018.

LOPES, V.M. *et al.* Highly prevalence of vitamin D deficiency among Brazilian women of reproductive age. **Archives of endocrinology and metabolism** v.61, 21-27, 2016.

PILZ, S. *et al.* O papel da vitamina D na fertilidade e durante a gravidez e a lactação: uma revisão dos dados clínicos. **Int J Environ Res Saúde Pública**, v.15, n.10, p.2241, 2018.

SKOWRONSKA, P. *et al.* O papel da vitamina D na disfunção reprodutiva em mulheres - uma revisão sistemática. **Ann Agric Environ Med.**, v.23, n.4, p.671–676, 2016

VOULGARIS, N. *et al.* Vitamina D e aspectos da fertilidade feminina. **Hormones**, v.16, p.5-21, 2017.



RELAÇÃO ENTRE MAUS-TRATOS VIVIDOS NA INFÂNCIA E COMPORTAMENTO SUICIDA NA IDADE ADULTA

**FAVERO, Talita Cristina; SOARES, Isadora Rosa; SUCOLOTTI, Diego;
ZEPKA, Mariah Maestri; GIULIANI, Mariana; LIMBERGER, Sarah Maioli;
BRUM, Alana Helbich; CUNHA, Maria Luiza Moratelli;
BUENO, Brenda Natasha Dias; RONCHETTI, Ramiro**

URI Erechim – fgatalita.favero@gmail.com; isadorasoes03@icloud.com; disucolotti3@gmail.com;
zepkamariah@gmail.com; marianajuliani8@gmail.com; 092968@aluno.uricer.edu.br;
alana_hbrum@hotmail.com; marialcunha16@gmail.com; brendaunderscore@gmail.com;
ronchetti@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O suicídio constitui um grave problema de saúde pública e está entre as dez principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias (GONÇALVES *et al.*, 2011). Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, o que representa uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2017). Os comportamentos suicidas surgem quando uma pessoa se depara com diversas situações geradoras de grande stress e ansiedade e se sente incapaz para lidar com elas e as resolver. Tais sentimentos podem intensificar-se de tal forma que passam a caracterizar a ideação suicida (ideias e vontade de morrer) (WASSERMAN, 2016).

Os maus-tratos são considerados um dos fatores mais fortemente associados ao desenvolvimento de transtornos depressivos e ansiosos entre crianças e adultos (LI *et al.*, 2016), além de estar significativamente associado ao acometimento de comportamentos suicidas (BRAGA, 2011; MILLER *et al.*, 2017). Diante desse cenário, e compreendendo a relevância do tema, entende-se pertinente uma revisão teórica acerca da relação entre os maus-tratos sofridos na infância e o comportamento suicida na idade adulta.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido compreende uma breve revisão de Literatura Integrativa, utilizando-se de artigos, livros e publicações que envolvam informações referentes à relação entre maus-tratos vividos na infância e comportamento suicida na idade adulta. Para a busca de artigos, utilizou-se as plataformas digitais Pubmed e Scielo, além de bases de dados em literatura médica como Medscape e UpToDate.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os maus-tratos como todas as formas de maltrato físico, emocional, sexual, e negligência, resultando em potencial ou real dano para a saúde da criança, a sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (JESUS *et al.*, 2009). A exposição prolongada ou repetida a atos ou eventos violentos - que geralmente envolvem uma supressão de confiança (TEICHER;

SAMSON, 2013) podem acarretar prejuízos de curto e longo prazo à vida da criança até a idade adulta, podendo estar associados a injúrias graves ou mesmo óbito (ANERBÄCK *et al.*, 2012). Os principais tipos de maus-tratos são o abuso sexual, o abuso físico, o abuso emocional e a negligência (JUD *et al.*, 2016).

O impacto dos maus-tratos na infância pode revelar-se devastador, trazendo consequências psicológicas, somáticas e sociais adversas que afetam as diversas fases do desenvolvimento da criança, sendo observadas ainda na vida adulta e velhice (JUD *et al.*, 2016). Dentre as consequências mais frequentemente relatadas estão os transtornos mentais (como ansiedade e depressão), baixa autoestima, isolamento social, agressividade, criminalidade, abuso de substâncias e comportamentos hipersexualizados (STOLTENBORGH *et al.*, 2014).

No que tange à associação entre maus-tratos e suicidalidade, estudos transversais e longitudinais indicam que cada uma das formas de maus-tratos está significativamente associada a comportamentos suicidas (MILLER *et al.*, 2017), com as diferentes formas de abuso e negligência sendo preditoras de tendência suicida (KING *et al.*, 2008). Estudos mais específicos sugerem ainda que alguns tipos de violência, como o abuso físico e sexual, possuem maior correlação com episódios depressivos graves e ideação suicida na idade adulta jovem (DUNN *et al.*, 2013).

Um estudo canadense (HANDLAND *et al.*, 2012), realizado entre os anos de 2005 e 2007, avaliou um grupo de 495 jovens moradores de rua (parcial ou totalmente), com idades entre 14 e 26 anos, e os resultados evidenciaram uma alta associação entre trauma na infância e posterior tentativa de suicídio nos jovens pesquisados. Revelou-se que em sujeitos que enfrentaram abuso físico (40,6%) (n=201) e sexual na infância (26,5%) (n=131) os atos suicidas foram altamente prevalentes. Destes, 182 (36,8%) relataram histórico de ideias suicidas durante a vida, e 46 (9,3%) informaram tentativa de suicídio durante os últimos seis meses (ZATTI, 2017).

Os perpetradores de maus-tratos contra crianças, usualmente, são pais ou outros membros da família e cuidadores. Vítimas masculinas de abuso sexual já foram identificadas como um grupo particular de risco, apresentando maiores taxas de transtornos mentais, incluindo transtornos de personalidade, transtornos de ansiedade e transtornos afetivos (POMPILI *et al.*, 2014). As formas de pedir ajuda (seja ela informal – a família e amigos – ou formal – a autoridades ou profissionais de saúde) também diferem de acordo com o sexo. Para os meninos, o incentivo à autonomia, apoiado pelos padrões sociais de masculinidade, levaria a maior resistência no momento de pedir ajuda. Já entre as meninas, haveria maior facilidade de identificar amigos e profissionais como fontes de amparo para problemas de ordem emocional, desvelando menor dependência da família (LOPES, 2018).

Depreende-se, dessa forma, que os maus-tratos configuram uma violação aos direitos humanos fundamentais, e que quando sofridos na infância, comprometem sobremaneira o pleno desenvolvimento psíquico do sujeito, frequentemente originando transtornos mentais na vida adulta e podendo culminar em suicídio. Esses aspectos evidenciam a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional e de engajamento social, visando o amparo e a proteção à vida das vítimas e da sociedade como um todo.

4 CONCLUSÕES

Informações sobre o escopo e as características dos maus-tratos na infância são de ampla importância para o avanço na prevenção e redução da violência contra crianças, constituindo a base para a elaboração de políticas específicas de proteção e prevenção de ocorrências. Além disso, a identificação precoce, tanto da vulnerabilidade da criança em relação aos maus-tratos quanto às suas implicações psíquicas, possibilitam orientação e acompanhamento psicológico adequados, com vistas à mitigação dos danos produzidos.

REFERÊNCIAS

ANNERBÄCK, E. *et al.* Child Abuse & Neglect Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden — Associations with health and risk behaviors. **Child Abuse Negl**, v.36, n.7–8., p.585-95, 2012.

BRAGA, L.L. **Exposição à violência e comportamento suicida em adolescentes de diferentes contextos**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DUNN, E.C. *et al.* Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. **Depress Anxiety**, v.30, n.10, p.955–64, out., 2013.

GONÇALVES, A.; FREITAS, P.; SEQUEIRA, C. Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. **Millenium**, 40: 149-159, 2011.

HADLAND, S.E. *et al.* Suicide and history of childhood trauma among street youth. **Journal of affective disorders**, v.136, n.3, p.377-380, 2012.

JESUS, S.N.; LEAL, I.; REZENDE, M. Dos maus-tratos na infância aos comportamentos de risco na idade adulta: um modelo conceptual. I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde. **Anais...** Minho-Pt, 2009. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11202>. Acesso em: 05 abr. 2021.

JUD, A.; FEGERT, J.M.; FINKELHOR, D. On the incidence and prevalence of child maltreatment: a research agenda. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**, v.10, p. 1-5, 2016.

KING, C.A.; MERCHANT, C.R. Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. **Arch Suicide Res.**, v.12, n.3, p.181-96, 2008.

LI, M.; D'ARCY, C.; MENG, X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. **Psychol Med.**, v.46, n.4, p.717–30, mar., 2016.

LOPES, A.O. **Associação entre maus-tratos na infância e suicidalidade na adolescência:** um estudo transversal de base comunitária. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Ciências do Comportamento) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

MILLER, A.B. *et al.* Childhood Emotional Maltreatment as a Robust Predictor of Suicidal Ideation: A 3-Year Multi-Wave, Prospective Investigation. **J Abnorm Child Psychol.**, v.45, n.1, p.105-16, jan., 2017.

POMPILI, M. *et al.* The associations among childhood maltreatment, “male depression” and suicide risk in psychiatric patients. **Psychiatry Res.**, v.220, n.1-2, p. 571-8, 2014.

STOLTENBORGH, M. *et al.* The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. **Child Abus Rev.**, v.24, n.1, p.37-50, out., 2014.

TEICHER, M.; SAMSON, J. Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. **Am J Psychiatry**, v.170, n.10, p.1114-33, out., 2013.

ZATTI, C. **Associação entre tentativa de suicídio e história de vivências traumáticas em pacientes atendidos no hospital de pronto socorro de Porto Alegre-RS.** Dissertação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Porto Alegre, 2017.

WASSERMAN, D. **Suicide - an unnecessary death.** 2nd revised edition. Oxford University Press. USA: 2016.

WHO - World Health Organization. **Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates,** 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 05 abr., 2021.

RELAÇÃO ENTRE OS EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS E A COVID-19



RAIMUNDO, Julia dos Reis; BATISTELA, Anieli; FRIESEN, Lara Comarella; PAGLIOSA, Laura Corradi; PREDEBON, Julia Camargo; CAMERA, Rafael, FAHL, Célio Friedholdo.

URI - Erechim - juliaraimundo3@gmail.com; anibatistela@hotmail.com; lara.friesennn@gmail.com; lauracp2000@hotmail.com; juliapredebon@outlook.com; rafaelcamera@cardiol.br; celio.fahl@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, foi declarada como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em função de sua rápida disseminação pelo mundo. Os primeiros casos foram descritos como pneumonia de rápida evolução para síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e a doença foi, inicialmente, considerada do tipo respiratória (COSTA *et al.*, 2020). Atualmente, com o avanço das pesquisas e dos dados epidemiológicos, foi possível perceber que essa doença também apresenta diversas implicações cardiovasculares importantes, a exemplo da trombose arterial e venosa (ROBERTO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, as complicações evidenciadas nos pacientes com COVID-19 resultam, principalmente, do desequilíbrio entre os eventos pró-coagulantes e anticoagulantes (ROBERTO *et al.*, 2020), bem como da liberação de citocinas pró-inflamatórias que causam lesão endotelial e predispõem um estado de hipercoagulabilidade (SANTOS *et al.*, 2021). Logo, o presente estudo tem por objetivo identificar as evidências existentes na literatura e estabelecer uma correlação entre os eventos tromboembólicos e a COVID-19, tendo em vista que o diagnóstico, a profilaxia e o tratamento ainda não são totalmente definidos.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, sobre os aspectos relacionados aos eventos tromboembólicos e a COVID-19, o qual foi realizado por meio de buscas nas bases de dados do Scielo, Science Direct, Pubmed, além de Guidelines Clínicos, nos anos de 2020 e 2021. Para a pesquisa, foram utilizadas palavras-chave, tais como: COVID-19, SARS-CoV-2, hipercoagulabilidade, tromboembolismo venoso e arterial e coagulopatias.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os eventos tromboembólicos possuem três fatores causais principais, conhecidos como a Tríade de Virchow: a lesão endotelial, a estase ou o fluxo sanguíneo turbulento e a hipercoagulabilidade do sangue (ROBBINS, 2016). A lesão endotelial leva à ativação plaquetária, gerando um trombo na circulação arterial. Já a estase e a turbulência do sangue podem promover a ativação endotelial, aumentando a atividade pró-coagulante e a adesão de leucócitos, além de romper o

fluxo laminar - permitindo que as plaquetas entrem em contato com o endotélio - e de reduzir a eliminação e a diluição dos fatores de coagulação. Ainda, a hipercoagulabilidade sanguínea contribui para a formação do trombo (ROBBINS, 2016).

A COVID-19, por sua vez, é causada pelo vírus SARS-CoV-2 e acarreta diferentes respostas sistêmicas, variando de acordo com as particularidades de cada indivíduo. Sabe-se que complicações como a insuficiência respiratória, a disfunção múltipla de órgãos e a insuficiência cardíaca são frequentes, porém, as coagulopatias vêm apresentando grande importância clínica (PINTO, OLIVEIRA, 2021). Nesse sentido, pacientes infectados com o novo coronavírus podem sofrer um estado inflamatório agudo secundário à infecção que, conseqüentemente, afeta a hemostasia e desregula o processo fisiológico da coagulação (BERNARDI *et al.*, 2021).

Dessa maneira, ao estabelecer uma relação entre a COVID-19 e os eventos tromboembólicos, verifica-se um desequilíbrio entre os mecanismos pró-coagulantes e anticoagulantes, com o aumento dos níveis séricos do fator VIII, do fator de Von Willebrand e do fibrinogênio e com a elevação dos riscos de trombose venosa profunda e de embolia pulmonar (ROBERTO *et al.*, 2020). Além disso, a infecção leva a uma interação entre as células mononucleares, as plaquetas ativadas e a cascata de coagulação, ativando células inflamatórias e liberando citocinas pró-inflamatórias que causam lesão endotelial e predispõem um estado de hipercoagulabilidade (SANTOS *et al.*, 2021).

A análise de marcadores diagnósticos para os eventos tromboembólicos relacionados à COVID-19 ainda não é totalmente definida. Algumas evidências sugerem que indivíduos com aumento de D-dímeros, assim como outras variáveis, como a diminuição de oxigenação, podem ser mais propensos a um evento tromboembólico (MURTA, 2020). Ademais, anormalidades laboratoriais da doença incluem trombocitopenia leve, linfopenia, elevação da lactato desidrogenase, tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) prolongados, níveis elevados do fator VIII (FVIII) e do fator Von Willebrand, bem como de outros marcadores inflamatórios, como a proteína C reativa, a ferritina e a interleucina-6 (IL-6) (ROBERTO, 2020).

Até então, não existem dados suficientes para recomendar uma profilaxia específica para os eventos tromboembólicos relacionados à infecção por COVID-19, porém, alguns estudos sugerem o uso de anticoagulantes em pacientes adolescentes e em adultos em estado grave. Isso se dá devido ao fato da heparina, por exemplo, estar associada à diminuição da atividade inflamatória das vias aéreas e à redução da chance do caso evoluir para um tromboembolismo venoso e arterial (SANTOS *et al.*, 2021). Alguns autores recomendam uma dose maior de anticoagulação profilática para pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, visto que esses possuem mobilidade reduzida e maior risco de eventos tromboembólicos. Desse modo, a dose deve ser ajustada diante dos dados clínicos e laboratoriais que sugerem risco elevado, como, por exemplo, o índice de massa corpórea, a suplementação de oxigênio, a necessidade de suporte ventilatório invasivo ou não invasivo, os níveis elevados de D-dímero e de fibrinogênio, o diagnóstico de neoplasia maligna e a história prévia de doença trombótica (MURTA, 2020).

Diante do exposto e levando em consideração o guidelines da Sociedade Americana de Hematologia de 2021 e do Colégio Americano de Cardiologia, a anticoagulação de pacientes criticamente enfermos pode ser feita com o uso de

heparina de baixo peso molecular ou de heparina não fracionada em doses profiláticas padrão, uma vez que a anticoagulação terapêutica não demonstrou benefício superior à profilática. Além disso, todos os pacientes com COVID-19 que desenvolveram tromboembolismo venoso ou arterial durante o período hospitalizado recebem o tratamento com anticoagulação plena e devem receber terapia anticoagulante por um período mínimo de 3 meses após a alta hospitalar e, para estes casos, os anticoagulantes orais diretos são sugeridos. Vale ressaltar, ainda, que não há evidências que indiquem a terapia anticoagulante com base apenas em valores de exames laboratoriais, devendo-se aliar ao estado clínico geral do paciente e utilizar escalas de estratificação quanto ao risco trombótico para um melhor manejo do quadro (CUKER *et al.*, 2021).

4 CONCLUSÃO

Portanto, a COVID-19 é uma doença relativamente nova que acomete múltiplos órgãos e sistemas, principalmente, pulmonar e cardiovascular, além de predispor à eventos tromboembólicos. Quanto ao mecanismo, sabe-se que, em alguns pacientes infectados, ocorre uma perda da homeostasia no processo de coagulação, aliada à infecção aguda.

Para o diagnóstico de eventos tromboembólicos na COVID-19, muitas variáveis podem ser avaliadas, no entanto, destaca-se a importância do D-dímeros uma vez que este está relacionado com a gravidade da doença e com um pior prognóstico. Dessa forma, o profissional de saúde deve atentar-se para possíveis eventos tromboembólicos e iniciar intervenções precoces, como medidas profiláticas e terapêuticas conforme indicação, a fim de evitar desfechos desfavoráveis ao paciente.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A.K.; FAUSTO, N.; KUMAR, V. **Robbins & Cotran - Patologia - Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BERNARDI, J.M. *et al.* INCIDÊNCIA DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS NA COVID-19. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.25, p.101091, 25 jan. 2021.

CUKER, A. *et al.* American Society of Hematology 2021 guidelines on the use of anticoagulation for thromboprophylaxis in patients with COVID-19. **Blood advanced**, v.5, n.3, p.872-888, fev. 2021.

COSTA, I.B.S.S. *et al.* Coração e a COVID-19: O que o cardiologista precisa saber. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]**, [S. l.], v.114, n.5, p.805-816, 11 mai. 2020.

PINTO, T.S.; OLIVEIRA, J.R. Distúrbios de coagulação em pacientes infectados por SARS-COV-2. **News Lab**, [S. L.], v.27 jan., 2021.

ROBERTO, G.A. *et al.* COVID-19 e eventos tromboembólicos. **Ulakes Journal of Medicine**, v.1, p.50-59, 20 ago. 2020.



RELAÇÃO ENTRE OS TRANSTORNOS ALIMENTARES E A SAÚDE MENTAL

NOVELLO, Camila Isadora; URMANN, Charles Renato; TONINI, Beatriz Wustro; DIAS, Eduardo Kloeckner Pires; ROSS, Giovanna Sanagiotto; FRIESEN, Lara Comarella; RONCHETTI, Ramiro.

URI Erechim - milanovello@hotmail.com; bia_wustro@hotmail.com; 032785@aluno.uricer.edu.br; milanovello@hotmail.com; 095355@aluno.uricer.edu.br; giovannastr@gmail.com; lara.friesenn@gmail.com; ramironchetti@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares são definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como: síndromes psiquiátricas determinadas por disfunções comportamentais e alimentares, preocupação excessiva com o peso corporal e insatisfação com a autoimagem. Tais situações são capazes de impactar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos, estando mais presentes em adolescentes e no sexo feminino (TREASURE, 2020).

Há diversos fatores de risco para a condição, sendo que os fatores biopsicossociais são mais presentes. Dessa forma, torna-se oportuno pesquisar sobre as interfaces dos transtornos alimentares e seu impacto na saúde mental dos indivíduos (ALVES, *et al.*, 2012).

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa integrou-se em uma revisão da literatura referente aos estudos contemporâneos que definiram e explicaram os transtornos mentais com o uso da ciência. Tem como base publicações científicas nacionais e internacionais na área da psicologia médica e da psiquiatria, versando sobre o diagnóstico e a etiologia dos transtornos alimentares, publicadas entre os anos de 2002 e 2020, com a finalidade de organizar um resumo expandido que exponha uma discussão clara e objetiva dos conceitos elaborados a respeito da anorexia nervosa e da bulimia nervosa como doenças e seus aspectos psicológicos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Anorexia nervosa

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno psiquiátrico grave com morbidade substancial e com a maior taxa de mortalidade entre os transtornos mentais. A insatisfação extrema com o tamanho ou com o formato do corpo leva à aversão alimentar e à fobia em relação ao ganho de peso. Dessa forma, o baixo peso corporal é perseguido além dos limites da razão, por meio de dietas rigorosas e/ou de uma hiperatividade excessiva (HERPERTZ-DAHLMANN, 2015).

Nesse sentido, sabe-se que a etiologia da anorexia nervosa pode ser multifatorial. Fatores genéticos influenciam no risco e fatores psicossociais e interpessoais podem desencadear o início e as mudanças nas redes neurais que

sustentam a doença (ZIPFEL, *et al.*, 2015). Acredita-se que a adolescência represente o ciclo da vida de maior exposição para o surgimento da anorexia nervosa, sendo que a ocorrência acentuada dos transtornos alimentares, nessa fase, encontra explicação na busca pela identidade pessoal e pelo senso de independência social e emocional (ALVES, *et al.*, 2012). Ainda, o tipo de relação materna que o paciente possui, nesse período, é de suma importância, visto que segundo Bidaud (1998), a adolescente anoréxica que apresenta grandes dificuldades em relação à figura materna, encontra na recusa oral a única forma de se opor e de “se fazer olhar” pela mãe (BIDAUD, 1998).

Diante disso, verifica-se que as consequências desse transtorno alimentar para a saúde mental são inúmeras, incluindo limitações sociais, sintomas depressivos e características obsessivas-compulsivas. Nesse sentido, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), indivíduos com anorexia nervosa podem exibir uma série de limitações funcionais associadas ao transtorno, apresentando isolamento social significativo e/ou fracasso em atingir as metas acadêmicas ou profissionais potenciais. Ainda, quando seriamente abaixo do peso, podem apresentar sinais e sintomas depressivos, como humor deprimido, irritabilidade, insônia e diminuição da libido. Outro efeito da AN na saúde mental diz respeito às características obsessivo-compulsivas, visto que a maioria dos pacientes demonstra preocupação com os alimentos, adotando atitudes como colecionar receitas ou estocar comida. Ademais, são frequentes os sentimentos de angústia ao alimentar-se em público, o forte desejo por controlar o próprio ambiente, a sensação de fracasso, a espontaneidade social limitada, os pensamentos inflexíveis e a expressão emocional demasiadamente contida (DSM-5, 2014).

3.2 Bulimia nervosa

Tal qual a anorexia nervosa, o medo de engordar e as tentativas de perder peso são as principais características da bulimia nervosa (BN). Os pacientes possuem uma profunda insatisfação com a forma e com o peso do corpo que leva à compulsão alimentar acompanhada por uma profunda sensação de perda de controle. Em seguida, adotam comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho de peso, como a indução do vômito e a ingestão de laxantes ou de diuréticos (DSM-5, 2014). As características de personalidade diferem das encontradas na anorexia nervosa, podendo haver sociabilidade, comportamento gregário, comportamentos de risco e de impulsividade. O descontrole, a purgação, a impulsividade e a instabilidade afetiva parecem ser os aspectos centrais do temperamento de indivíduos com BN, especialmente naqueles que apresentam dependência química (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Além dos fatores psicossociais, existem os fatores genéticos, visto que há uma contribuição genética na BN, com valores entre 31% a 83%, tanto em amostras populacionais como em amostras clínicas (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). A representação da família na vida do paciente que sofre desse distúrbio, também configura-se como uma possível causa para seu desenvolvimento, uma vez que pacientes com BN descrevem suas famílias como mais perturbadas, mal organizadas e se queixam da falta de afeto e de cuidados, características confirmadas pela observação externa (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Em relação aos efeitos psicológicos da BN, observam-se sintomas depressivos e ansiosos, transtornos bipolares e perturbações do humor. Os pacientes costumam atribuir seus comportamentos a problemas de disforia, de baixa

auto-estima, de perfeccionismo, de preocupação com o peso e de estresse (DEJONG, *et al.*, 2012). Ademais, cerca de 50% dos pacientes com BN apresentam sintomas de déficit de atenção e 15% possuem múltiplos comportamentos impulsivos comórbidos, incluindo abuso de substâncias, compras compulsivas e impulsivas e múltiplas relações sexuais (TREASURE; DUARTE; SCHMIDT, 2020). Ainda, podem provocar automutilação e exibir emoções intensas, de modo que a mortalidade e o risco de suicídio são elevados nesse transtorno, embora não tão acentuados como na anorexia nervosa (DSM-5, 2014).

3.3 Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares possuem etiologia multifatorial e podem ser, de forma geral, um reflexo das dificuldades nas relações familiares e interpessoais dos indivíduos. A presença dos fatores de risco supracitados interfere de modo desfavorável na qualidade de vida dos pacientes, gerando consequências e sequelas psicológicas graves, principalmente, no que tange ao aspecto social.

4 CONCLUSÕES

Deste modo, por meio da análise dos resultados, permite-se inferir que os transtornos alimentares afetam a qualidade de vida e a saúde do indivíduo, apresentando maior incidência em adolescentes e no sexo feminino. Ambas as patologias, anorexia e bulimia nervosas, têm causas multifatoriais, com predominância dos fatores biopsicossociais. Entretanto, diferem-se no que tange às características da personalidade, na primeira há sintomas depressivos e obsessivos-compulsivos, enquanto na segunda permite-se observar o comportamento gregário e a impulsividade.

REFERÊNCIAS

- DIGNON, A. *et al.* Por que não vou comer: testemunho de pacientes de 15 anoréxicos sobre as causas de seu distúrbio. **J. Health Psychol**, [s. l.], 10 ago. 2012.
- HERPERTZ-DAHLMANN, B. Adolescent Eating Disorders Update in Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v.24, p.177-196, jan. 2015.
- NASCIMENTO, M.I.C. *et al.* **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]: DSM-5.5. ed. – Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R.; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n.3, out., 2002.
- TREASURE, J.; DUARTE, T.A.; SCHMIDT, U. Eating disorders. **The Lancet**, v. 395, p.899-911, 14 mar. 2020



ZIPFEL, S. *et al.* Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v.2, n.12, p.1099-111, out., 2015.

RELATO DE CASO DE ÚLCERA DE MARJOLIN EM FERIDA CRÔNICA

**BRESSIANI, Paolla Favaro; MARSAROTTO, Rafael Rossa;
PAGLIOSA, Laura Corradi; WELKE, Yasmim Gabriela; ERLO, Adriana Amélia;
MANFREDINI, Rinede Luis.**

URI Erechim - paollabre@gmail.com, rafaelmarsarotto@gmail.com, lauracp2000@hotmail.com,
yasmimwelke@gmail.com, rafaelmarsarotto@gmail.com, adriana.erlo@erechim.rs.gov.br,
cirurgioplastica1@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A Úlcera de Marjolin é um termo utilizado para caracterizar um carcinoma epidermóide, que ocorre em feridas crônicas não cicatrizadas ou com cicatrização por segunda intenção. O seu tratamento é realizado, principalmente, por ressecção total da lesão e, quando necessário, os linfonodos afetados também são retirados pela sua alta incidência de metástases. Por conseguinte, o objetivo deste estudo é relacionar uma revisão de literatura com um relato de experiência de uma paciente de 85 anos, a qual possui um carcinoma epidermóide, bem como a evolução do caso.

2 METODOLOGIA

A fim de discorrer acerca do tema da Úlcera de Marjolin e relacioná-lo com as feridas crônicas, foi realizada uma revisão bibliográfica em busca de artigos publicados nos últimos 10 anos que abordassem o assunto, associando com um relato de caso. Para a localização dos artigos, a pesquisa foi realizada nas plataformas do PubMed, Google Acadêmico e Scielo por meio das palavras-chave: úlcera de Marjolin; carcinoma epidermóide; feridas crônicas; úlcera de pressão.

Este relato de caso foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, contando com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 52954921.8.0000.5351.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo sobre a malignização de feridas crônicas iniciou em 1828 com o cirurgião francês Jean Nicolas Marjolin. Após 75 anos, o termo úlcera de Marjolin foi utilizado para nomear a doença pelo J.C. da Costa. (DINATO *et al.*, 2015). Desde então a patologia vem sendo estudada.

A Úlcera de Marjolin é caracterizada como uma degeneração maligna, especialmente do tipo carcinoma de células escamosas (VIEIRA *et al.*, 2016), sendo assim, conhecido também como carcinoma epidermóide, que ocorre em razão de uma complicação rara em feridas crônicas prévias (MACHADO *et al.*, 2021) podendo ser não cicatrizadas ou cicatrizadas por segunda intenção. A lesão é causada principalmente por uma queimadura - podendo ser por contato direto, radiação,

produtos químicos, por síndromes genéticas, por lesões crônicas ou por inflamações.

Os fatores etiológicos como toxinas liberadas no tecido danificado, fatores imunológicos, incompleta regeneração linfática e mutação das células epiteliais são suspeitos de desempenhar papel significativo na transformação maligna (SANTOS *et al.*, 2015). Dessa forma, acabam gerando um ciclo de piora do quadro, ao aumentar a lesão mais fatores etiológicos são liberados.

A patologia se apresenta com a clínica de não cicatrização da lesão, aumento da consistência, odor desagradável, bordas elevadas e irregulares, além da possibilidade da formação de nódulos sobre a lesão (LEONARDI *et al.*, 2013). Contudo, essa clínica relatada pode ocorrer, também, em casos de uma infecção secundária. Dessa forma, a importância de realizar uma hipótese de diagnóstico diferencial nos pacientes com essas manifestações.

O período de latência entre a cicatrização da ferida crônica e o desenvolvimento da úlcera de Marjolin tem ampla variação de menos de um ano até 70 anos, porém na maioria dos casos foi observado um processo de malignização mais lento, que corresponde inversamente a idade em que o paciente desenvolveu a ferida crônica (ZAKI *et al.*, 2018). Quando esse tempo de transformação maligna é menor que um ano, é classificado como úlcera de Marjolin aguda, já se o desenvolvimento levar mais de um ano é considerada úlcera de Marjolin crônica (LEONARDI *et al.*, 2013).

Os carcinomas espinocelulares possuem uma forte tendência à recorrência local e à metástase (VIEIRA *et al.*, 2016). Como o diagnóstico desta neoplasia tende a ser tardio principalmente pela falta de acompanhamento posterior dessas lesões e pelo seu desenvolvimento ter início nas bordas da lesão em direção ao centro da mesma de modo que propicie biópsias com resultado falso negativo (LEONARDI *et al.*, 2013). Isso implica em acometimento de metástases linfonodais em cerca de 30% dos diagnósticos (LEONARDI *et al.*, 2013). A principal via de metástase é linfonodal, mas também ocorrem metástases por via hematogênica e por contiguidade (VIEIRA *et al.*, 2016).

Segundo Vieira (2016) os principais fatores de risco para metástases de pior prognóstico são alto grau de invasão, pouca diferenciação, diâmetro maior que 20mm, imunossupressão e localização. Vieira (2016) também relatou uma incidência de 15 a 49% de metástases via linfonodal nos casos de carcinoma espinocelular.

O tratamento das úlceras de Marjolin é feito, em sua maioria, através da ressecção ampla da lesão, com margens de pelo menos 2 cm. Para cobrir a lesão é realizado um enxerto de pele ou retalhos (SIMÃO *et al.*, 2012). Caso haja a presença de linfonodos palpáveis, recomenda-se que os mesmos sejam retirados. Em alguns casos mais avançados, a amputação ainda é um tratamento de escolha (LEONARDI *et al.*, 2012)

As feridas crônicas, que ocorrem principalmente nos membros inferiores, constituem uma comorbidade assolam grande número de doentes nas unidades básicas de saúde (TAVARES *et al.*, 2011). Assim, um relato de caso de uma paciente com ferida crônica, que a responsável legal assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, evoluiu para Úlcera de Marjolin será apresentado a seguir.

O presente relato faz referência a uma paciente do sexo feminino, branca, de 85 anos que foi referenciada para o Ambulatório de Feridas Crônicas, localizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de uma cidade do norte gaúcho. A paciente possuía uma lesão na região póstero-lateral da perna direita, com tempo de evolução de um ano, sendo classificada como evolução aguda, ulcerada, com

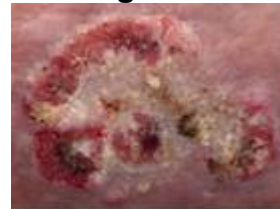
superfície pálido-esbranquiçada, medindo cerca de 2,5 x 1,0 x 0,2 cm (Figuras 1 e 2).

A lesão foi biopsiada e enviada para análise, a qual confirmou o diagnóstico de Carcinoma Epidermóide bem diferenciado. A paciente foi referenciada para a especialidade de oncologia para dar seguimento ao tratamento da lesão e, atualmente, aguarda cirurgia para retirada total da lesão.

Figura 1



Figura 2



4 CONCLUSÕES

O presente relato de experiência e a breve revisão de literatura levantados demonstram a necessidade de ampliar o conhecimento acerca das úlceras de Marjolin em vista de diminuir a ocorrência de diagnósticos tardios os quais definem um pior prognóstico e um tratamento mais agressivo das lesões neoplásicas. Para este fim, é imprescindível o amplo conhecimento dos profissionais de saúde a respeito das características presentes nas úlceras de Marjolin e da importância do acompanhamento de pacientes com feridas crônicas.

REFERÊNCIAS

LEONARDI, D.F.; OLIVEIRA, D.S.; FRANZOI, M.A. Úlcera de Marjolin em cicatriz de queimadura: revisão de literatura. **Rev Bras Queimaduras**, v.12.n.1, p.49-52, 2013. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/144/pt-BR/ulcera-de-marjolin-em-cicatriz-de-queimadura--revisao-de-literatura>. Acesso em: 10 out. 2021.

MACHADO, A.F.; FONTINELE, D.R.S.; VIEIRA, S.C. Úlcera de Marjolin em cicatriz de lesão por pressão: relato de caso. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, v.36, n.2, 231-235, 2021. Disponível em: <http://www.rbcpr.org.br/details/2952/pt-BR/ulcera-de-marjolin-em-cicatriz-de-lesao-por-pressao--relato-de-caso>. Acesso em: 22 set. 2021

DINATOL, S.L.M.; SIGUETALL, M.L.; ALMEIDALL, J.R.P.; ROMITIL, N. Úlcera de Marjolin: relato de caso. **Diagn Tratamento**, v.20, n.1, p.4-7, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n1/a4597.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021

SIMÃO, T.S.; ALMEIDA, P.C.C.; FAIWICHOW, L. Úlcera de Marjolin: visão atualizada. **Rev Bras Queimaduras**, v.11, n.4, p.251-253, 2012. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/131/pt-BR/ulcera-de-marjolin--visao-atualizada>. Acesso em: 22 set. 2021

TAVARES, E.; MARTINHO, G.; DORES, J.A.; VERA-CRUZ, F.; FERREIRA, L. Úlcera de Marjolin associada a ulceração e osteomielite crônicas. **An Bras Dermatol.** v.86, n.2, p.366-9, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/Fq3WMzgnvJVyN KmJvQ58wFP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2021

VIEIRA, R.R.B.T.; BATISTA, A.L.E.; BATISTA, A.B.E.; ROSA, J.V.S.; DINIZ, A.C.O.; LEITE, G.F. *et al.* Úlcera de Marjolin: Revisão de literatura e relato de caso. **Rev Bras Queimaduras**, v.15, n.3, p.179-184, 2016. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/316/pt-BR/ulcera-de-marjolin--revisao-de-literatura-e-relato-de-caso> Acesso em 10 de outubro de 2021.

ZAKI, C.H.; A.CBC-RS; FERRI, J.V.V.; CORLETA, O.C.; TCBC-RS; WENDT, L.R.R. Úlcera de Marjolin gigante. **Relatos Casos Cir.**, n.3, p.e1977, 2018. Disponível em: <https://relatosdocbc.org.br/detalhes/168/ulcera-de-marjolin-gigante>. Acesso em: 10 out. 2021.

SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA: REVISÃO DE LITERATURA

WENCELEWSKI, Tayná Andressa; ARBOIT, Bruna Regina; TISSIANI, Taciê Hartmann; SANTOS, Emilli Cristina; ROMERO, Samuel Salvi
URI Erechim – twencelewski@gmail.com; brunareginarb@gmail.com; tacie_tissiani@hotmail.com; emilli.cris97@gmail.com; samuel@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

O processo de profissionalização do futuro médico é marcado por particularidades no contexto acadêmico, com cargas horárias extensivas, contextos competitivos, sobrecarga de conhecimento, exigências de excelência, grande número de afazeres, redução do período verde, responsabilidade e expectativas pessoais e sociais no papel do médico. Esses aspectos, em um contexto geral, somam-se a uma construção social de que a medicina é uma atividade nobre, pode amenizar as dores e curar doenças, sendo assim uma profissão de escolha de doação da vida em prol da comunidade (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019). Esse paralelo de expectativas versus realidade confronta a saúde mental, característica que na maioria dos casos se apresenta adoecida e é velada e/ou ignorada pela sociedade e até mesmo por aqueles que padecem (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

Nesse contexto, importante salientar os transtornos mentais comuns (TMC), os quais são definidos como situações de saúde que não se enquadram em diagnósticos formalizados, como ansiedade e depressão, de acordo com *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (DSM-IV) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Ao construir essa ideia, observa-se que os estudantes de medicina estão apresentando incidência elevada desses adoecimentos, configurando-se um estado crítico em que a maioria daqueles que padecem não identificam ou reconhecem o seu próprio adoecimento. Assim, não procuram suporte especializado, evoluindo para quadros graves e com maiores riscos de mortalidade – incluindo o suicídio. Nesse sentido, o TMC mostra-se bastante presente nesse público, principalmente quando se questiona diretamente aos discentes sobre a presença frequente de sentimentos de ansiedade, tristeza, sintomas depressivos, capacidade de desempenhar papel útil na vida, interesse pelas coisas e ideias suicidas (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019). Contudo, esse ensaio pretende discutir as características da saúde mental no contexto dos estudantes de Medicina.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura baseada em artigos científicos encontrados nos bancos de dados das plataformas digitais do SciELO (*Scientific Eletronic Library OnLine*), PubMed e Google Scholar, entre o período de 2015 a 2021, utilizando os seguintes descritores: acadêmico de medicina; estudante de medicina; transtornos mentais; sofrimento mental; saúde mental; sofrimento psíquico; depressão; ansiedade; suicídio; saúde mental de profissionais da saúde; e saúde mental de profissionais médicos. A presente revisão não tem o objetivo de ser

extensa e nem esgotar o assunto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em uma pesquisa nacional recentemente realizada em uma faculdade do Estado do Paraná, 316 acadêmicos de medicina foram entrevistados acerca da saúde mental, sendo desses 73,2% do sexo feminino e 26,8% do sexo masculino. Quando interrogados se estão se sentindo mais tristes que ultimamente, 58,6% afirmaram positivamente; sendo que 38,72% afirmaram sentir-se incapaz de desempenhar um papel útil na vida; assim como 49,8% perderam o interesse pelas coisas; e 8,3% afirmaram ter pensamentos de pôr fim a vida. Entre as perguntas, também se questionou se esses alunos tinham algum diagnóstico de transtorno mental, apresentando 40,1% respostas afirmativas, em paralelo de apenas 22,3% em acompanhamento psicológico (LORA *et al.*, 2020). Apesar do estudo destacar que as respostas podem ter influência do período em que o acadêmico se encontrava, outras pesquisas demonstram desfechos semelhantes. Exemplo disso, é a pesquisa realizada em uma faculdade do Estado do Rio de Janeiro, o qual entrevistou 355 acadêmicos de medicina, e demonstrou que destes 41,4% possuem sintomas de ansiedade, 8,2% depressão e 7,0% apresentam simultaneamente depressão e ansiedade (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Outro estudo que reafirma os dados encontrados por Lora *et al.* (2020), e nos preocupa pela falta de acompanhamento clínico especializado, é o da Universidade de São Paulo, o qual demonstra que apenas uma pequena parcela dos acadêmicos que apresentam ansiedade (21%), depressão (32%) e baixa qualidade de vida (15%) reconhecem seu condicionamento como uma “necessidade emocional”. Dados, portanto, que reforçam o processo de naturalização da subestimação da saúde mental por parte dos discentes de medicina (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

Agora, para uma análise integral, comparando esses dados com a prevalência dos sintomas na população geral, encontra-se estudos que apresentam que a depressão no contexto brasileiro tem prevalência de 7,6% em pessoas com 18 anos ou mais, sendo que esse número pode subir para 25% na faixa universitária, alcançado até mesmo 60% em acadêmicos de medicina (GUEDES *et al.*, 2019). Em todos os casos, para Aragão *et al.* (2017) a alta prevalência dos TMC pode se caracterizar por inúmeros fatores de riscos, tais como: sexo feminino, não receber apoio necessário, privação do lazer, contato com a morte e processos os patológicos, perspectivas negativas em relação ao futuro e insatisfação com a escolha profissional. Aragão *et al.* (2017) ainda em seus estudos declara que o TMC e outras patologias psíquicas parecem indicar um efeito cumulativo e associativo aos fatores sociais e ambientes, sendo que o reconhecimento e a compreensão deste cenário por parte das instituições e daqueles que padecem é primordial para seu enfrentamento.

4 CONCLUSÕES

Diante do que foi apresentado, podemos concluir que há uma forte relação entre estudantes de medicina e a prevalência de transtornos mentais comuns e outras comorbidades psiquiátricas no contexto acadêmico, o que necessita de um olhar multifacetado e formulação urgente de intervenções e políticas públicas de prevenção, mapeamento, acompanhamento e remediação da condição exposta. De maneira geral, a revisão bibliográfica objetivou fornecer um panorama do assunto,

apesar de breve, servindo para uma maior compreensão do fenômeno para o auxílio na elaboração de intervenções, bem como para a construção de projetos e políticas educativas de prevenção.

REFERÊNCIAS

CONCEIÇÃO, L.D.S. *et al.* Saúde mental dos estudantes de medicina brasileiros: uma revisão sistemática da literatura. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v.24, n.3, p. 785-802, 2019.

LORA, G.P. *et al.* Avaliação da saúde mental de graduandos de medicina de uma instituição particular de ensino superior do oeste do estado do paraná. **Fag Journal Of Health**, Cascavel, v.2, n.3, 2020.

RIBEIRO, C.F. *et al.* Prevalência de fatores associados à depressão e ansiedade em estudantes de medicina brasileiros. **Revista Brasileira de Educa o Médica**, v. 44, n. 2, 2020.

GUEDES, A.F. *et al.* Prevalência e correlatos da depressão com características de saúde e demográficas de universitários de medicina. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 47-50, 2019.

ARAGÃO, J.C.S. *et al.* Saúde mental em estudantes de medicina. **Journal of Studies and Research in Psychology and Education**, v., n. 14, 2017.

SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



SACON, Andressa Nicole; BRESSAN, Juliane Fátima; OMAIRI, Gabriela Coppetti; PERIN, Giulia Laís; WELKE, Yasmim Gabriela; Busetto, Marcos Antonio.

URI Erechim – 099559@aluno.uricer.edu.br; julianebressan9@gmail.com; gabiomairi00@gmail.com; giuliaperin27@hotmail.com; yasmimwelke@gmail.com; marbusetto@uol.com.br.

1 INTRODUÇÃO

A questão da saúde mental dos profissionais da área da saúde, principalmente no serviço de trauma, urgência e emergência é pouco discutida, porém fortemente presente no cotidiano desses profissionais, afetando o desempenho no trabalho e gerando sofrimento emocional que pode ser amenizado por apoio psicológico, boas condições de trabalho e técnicas de enfrentamento das mais diversas situações de estresse (MARTINS, 2003).

Avaliar o comportamento dos profissionais em situações de emergência como acidentes e desastres, estabelecendo relações saudáveis e eficientes entre os profissionais, pacientes e instituições de saúde é uma das formas de prevenção de desgastes emocionais e do desenvolvimento de doenças mentais ocupacionais, ainda pouco valorizado e estimulado pelo sistema de saúde (MARTINS, 2003).

2 METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo revisão bibliográfica de 5 artigos publicados nas plataformas Scielo, Pubmed e revistas da área da saúde, analisando o impacto da saúde mental no cotidiano de profissionais da saúde, que atuam principalmente na área do trauma, urgência e emergência.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os atendimentos nos serviços pré-hospitalares como urgência e emergência estão entre os mais difíceis e impactantes na área da saúde, não seguindo uma rotina pré-definida, o que impossibilita um preparo emocional por parte dos profissionais da saúde, tendo que enfrentar as mais diversas situações adversas e estados extremos de tensão e desgaste psicológico, sem um treinamento e apoio adequado para tal que garanta um desempenho profissional seguro e saudável (AMARANTE *et al.*, 2016).

As condições em que este tipo de serviço é realizado colocam os profissionais expostos a fatores de estresse severo, podendo desenvolver altos níveis de ansiedade e outras doenças ocupacionais que podem comprometer dimensões biológicas, psicológicas, psiquiátricas e espirituais e em meio às relações interpessoais marcadas por cobranças, falta de apoio social, baixa remuneração, ameaça de demissão, assédio moral, o ambiente se torna muito estressante, fazendo com que diversos transtornos mentais se desenvolvam nesses profissionais (AMARANTE *et al.*, 2016).

As síndromes mais frequentes relacionadas às atividades ocupacionais são demências, alcoolismo crônico, transtorno orgânico de personalidade, episódios depressivos, estresse pós-traumático, síndrome de Burnout, esgotamento profissional, transtorno do ciclo de vigília-sono, aumentando erros nas jornadas de trabalho, além do desgaste mental, neuroses profissionais e sintomas inespecíficos como cansaço e desinteresse (AMARANTE *et al.*, 2016).

Quando o ambiente de trabalho não é fonte de desenvolvimento pessoal e profissional, ele se transforma em uma ameaça para a identidade e a saúde do trabalhador (MARQUES, *et al.*, 2020). O estresse desenvolve-se na medida em que ocorre uma desproporção ou desequilíbrio, entre as exigências psíquicas das tarefas do cotidiano e a estrutura psíquica do indivíduo para lidar com elas. Na prática médica, por exemplo, podem ser fatores de estresse a formação insuficiente, condições de trabalho precárias, elevada carga física e mental e a organização do trabalho (SERVADIO, *et al.*, 2019). Os profissionais de áreas assistencialistas, como os médicos, têm se mostrado propensos à exaustão. Ainda que essa profissão seja reconhecida ao longo da história, os médicos brasileiros enfrentam dificuldades na execução de sua função (MARQUES *et al.*, 2020).

A emergência hospitalar, entretanto, atende pacientes que necessitam de tratamento imediato frente a graves eventos, podendo, inclusive, levar à morte. Nesse cenário, o trabalho do profissional da saúde exige alto nível de competência, desempenho e ação, sob elevada pressão. Essas exigências são apontadas como causadoras de estresse, desgaste, fadiga e depressão (MARQUES, *et al.*, 2020). Além disso, a sobrecarga de atendimentos, a falta de informação, a baixa remuneração e as longas jornadas de trabalho, contribuem para o agravamento e distorção das rotinas hospitalares (SERVADIO *et al.*, 2019).

Um estudo realizado por Fonseca *et al.* (2019) também levantou os principais fatores de risco de trauma psicológico tais como a ocorrência de incidentes críticos, maior tempo de atuação de profissionais em serviços de emergência, idade mais avançada e sexo feminino. Dentre os incidentes críticos foi possível observar características de maior potencial traumático que são envolvimento de pessoas conhecidas, crianças, situações cujo desfecho é a morte, de extrema violência, em que os recursos ou habilidades médicas não foram suficientes (impotência), contudo, em outros estudos também foi ressaltado que as ocorrências de maior frequência eram as mais impactantes.

Em busca da prevenção de impactos mentais aos profissionais da emergência é importante melhorar as condições de trabalho em que atuam. Isso implica em um bom planejamento de recursos humanos e físicos, implementações de segurança que protejam esses trabalhadores e os seus pacientes, boa remuneração, organização de cargas horárias não exaustivas e bom relacionamento entre colegas de trabalho. Além disso, é importante que esses profissionais reservem tempo para atividades de lazer fora do expediente, pratiquem exercícios físicos, mantenham uma alimentação adequada, tenham apoio familiar e círculo social próximo. O apoio psicológico, embora esteja se difundindo lentamente entre os profissionais de saúde, é uma ferramenta importante que ajuda esses profissionais a lidar com suas limitações emocionais o mais precoce possível a fim de criar estratégias de enfrentamento que os protejam do sofrimento psicológico (AMARANTE *et al.*, 2016).

Frente a impossibilidade de reduzir a frequência de exposição ou atenuar os estímulos traumáticos no serviço de emergência, são necessárias estratégias de enfrentamento (coping) a essa rotina que podem ser emocionais ou de

problematização. Neste sentido, o coping focalizado na emoção, permite a regulação do estresse por meio da ativação emocional e muitas vezes com características de evitamento da situação. Já o coping focalizado no problema objetiva racionalizar em busca de uma solução, sendo mais utilizado quando é possível modificar a situação estressante (FONSECA *et al.*, 2019).

4 CONCLUSÕES

Percebemos, a partir destes dados, a importância em oferecer aos médicos emergencistas um local de trabalho que seja, acima de tudo, preparado e bem equipado, de forma a facilitar seu atendimento, atenuando o estresse, a fadiga e a ansiedade já muito presentes na rotina destes profissionais. Um ambiente de trabalho que ofereça suporte multifacetado é determinante na qualidade dos atendimentos, cuja importância se dá principalmente pelo fato de o emergencista ser o primeiro a atender os pacientes que correm maior risco de vida. Conclui-se, portanto, que a implementação de melhorias poderia diminuir significativamente os agravos nos ambientes de emergência, tanto para o médico como para o paciente.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, K.S.; RIBEIRO, D.C.S; LIMA, A.K.B.S. Serviço de atendimento móvel de urgência: abordagem das principais síndromes ocupacionais em seus exercentes. **Tema em Saúde**, v.156, n.3, João Pessoa, 2016.
- FONSECA, S.M.; CUNHA, S.; CAMPOS, R.; GONÇALVES, S.P.; QUEIRÓS, C. Saúde Ocupacional dos Profissionais de Emergência Pré-Hospitalar: Contributo do Trauma e Coping. **International Journal on Working Conditions**, n.17, June, 2019.
- MARQUES, L.R.; HONORIO, L.C.; MARQUES, A.L. Burnout no trabalho médico: o caso dos profissionais que atuam no serviço de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte - MG. **Revista Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo v. 20, n. 1, p. 141-165, jan./mar. 2020,
- MARTINS, L.A.N. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v.1, n.1, p.59-71, 2003.
- SERVADIO, A.D.; PEREIRA, L.Z. Do Estresse Ocupacional à Ideação Suicida: Estudo com Residentes Médicos do Serviço de Urgência e Emergência Cirúrgica. XLIII Encontro da ANPAD - EnANPAD 2019, **Anais...** São Paulo, 2019.

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL E A CONSCIENTIZAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ

NEGRÃO, Lethicia Frez; BUENO, Brenda Natasha Dias; DEVENS, Fernanda; NASCIMENTO, Katherine Reiss do; PIOVESAN, Carina Viviane; WODZIK, Grégor Luiz; DALBEM, Juliane Sauter.

URI Erechim – lethiciafrez098@gmail.com; brendaunderline@gmail.com; devensfernanda15@gmail.com; katheriner_nascimento@hotmail.com; carinapiovesaan@gmail.com; gregwodz@gmail.com; julianedalbem@uricer.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) é considerada um distúrbio ocasionado pelo consumo de álcool por parte da mãe durante a gestação, o qual pode ser responsável por disfunções morfológicas sutis ou graves no feto. Destaca-se que a SAF independe da quantidade de álcool ingerida.

O presente estudo tem o intuito de evidenciar os conhecimentos acerca da síndrome alcoólica fetal, patologia que interfere principalmente no desenvolvimento da criança no decorrer das diferentes fases da gestação e essas alterações podem comprometer globalmente o desenvolvimento neuropsicomotor. Outrossim, ao decorrer do estudo serão expostos métodos que podem ser utilizados para aumentar a conscientização no que diz respeito à SAF e, por conseguinte, alcançar uma redução do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez.

2 METODOLOGIA

Para atingir o objetivo desse estudo, a metodologia utilizada para esse fim se deu por meio de revisão bibliográfica de caráter exploratório e descritivo, com buscas realizadas na plataforma SciELO e Pubmed, acerca da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Foram selecionados artigos publicados entre 2001 e 2021, selecionamos artigos escritos em inglês e português.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ingestão de altos níveis de etanol durante a gestação é a causa de uma síndrome, caracterizada por prejuízo ao desenvolvimento do embrião e do feto. Esse conjunto de sinais e sintomas é conhecido como Síndrome Alcoólica Fetal (KLIEGMAN *et al.*, 2017). A SAF evidencia-se de extrema importância, visto que se representa como a principal causa de anormalidades congênitas não hereditárias e intelectuais. Além disso, sua relevância soma-se pelo fato de ser uma condição incurável, mas prevenível (GOH *et al.*, 2008; MAY *et al.*, 2001).

É estabelecido que quanto maior for a ingestão de álcool, mais graves serão as repercussões. Tanto a ingestão moderada, quanto a excessiva durante o início do período gestacional podem acarretar malformações fetais e alterações de crescimento. Dentro do contexto do consumo de álcool, são conhecidos alguns outros fatores de risco maternos contributivos à Síndrome Alcoólica Fetal, como

fatores psicológicos, o baixo nível socioeconômico e a idade materna avançada (KLIEGMAN *et al.*, 2017).

As alterações faciais são hemiface achatada, circunferência cefálica menor que o esperado, epicanto, ptose, anormalidades das orelhas, fissuras palpebrais curtas, narinas antevertidas, lábio superior fino, filtro nasal apagado, nariz curto, ponte nasal baixa e micrognatia. O diagnóstico da SAF é realizado com três dessas alterações. (SILVA *et al.*, 2018). O recém-nascido com SAF pode também nascer com peso abaixo do normal, causado pela restrição do crescimento intrauterino (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2020)

Ao longo do desenvolvimento da criança, o dimorfismo facial vai diminuindo, mas outras características aparecem, como a deficiência intelectual, QI médio variando de 60 a 70, alterações na motricidade, dificuldade no aprendizado e no relacionamento com outras crianças. Podem estar presentes também alterações de memória, dificuldade na fala, hiperatividade e déficit de atenção. Já, os adultos com SAF apresentam problemas de saúde mental (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2020)

Dessa forma, a prevenção é a melhor solução para evitar os danos causados pelo álcool à saúde materna e fetal. Entretanto, em uma sociedade culturalmente habituada ao consumo frequente de álcool, torna-se uma tarefa difícil, principalmente, porque grande parte do uso da substância acontece mesmo antes da descoberta da gestação, durante o primeiro trimestre, período mais crítico para o acometimento de malformações características da síndrome.

Primeiramente, a atenção pré-natal deve ser prestada por uma equipe multiprofissional de saúde, a qual precisa utilizar conhecimentos clínicos relativos à sua competência profissional para prestar assistência de qualidade ao binômio mãe/feto (SANTOS; ESTEFANIO; FIGUEIREDO; 2017). Deve-se orientar a mulher que deseja ter filhos sobre a necessidade de abstinência total de álcool e outras drogas e também identificar casos de abuso de álcool e conduzi-la para serviços psicológicos, assistenciais e de saúde da mulher. Lima (2008) ressalta: “Se beber, não engravide; se engravidar, não beba.”, denotando que além da abstinência alcoólica para quem deseja engravidar, quem consome bebidas alcoólicas deve ter métodos para evitar gestações. Portanto, a oferta de métodos anticoncepcionais a mães que fazem uso de álcool também é essencial na prevenção da SAF.

4 CONCLUSÕES

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) constitui um quadro clínico de manifestações diversas, as quais afetam o desenvolvimento do feto e são causadas pela exposição ao álcool durante a gravidez, principalmente em altas doses, sendo importante ressaltar, ainda, que não existe quantidade segura para ingestão de álcool durante a gestação. Dessa forma, a SAF representa uma patologia de extrema importância que pode ser prevenida, através de um enfoque multiprofissional de identificação, condução e auxílio às gestantes.

REFERÊNCIAS

GOH, Y.I; CHUDLEY, A.E; CLARREN, S.K., *et al.* Development of Canadian screening tools for Fetal Alcohol Spectrum Disorder. **Can J Clin Pharmacol.**, v.15, p.e344-66, 2008.

KLIEGMAN, R. *et al.* **Nelson Tratado de Pediatria**. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

LIMA, J.M.B. **Álcool e gravidez. Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008.

MAY, P.A; GOSSAGE, J.P. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: a summary. **Alcohol Res Health**, v. 25, p.159-67, 2001.

SANTOS, R.S.; ESTEFANIO, M.P.; FIGUEIREDO, R.M. Prevenção da síndrome alcoólica fetal: subsídios para a prática de enfermeiras obstétricas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 27793, jun. 2017.

SILVA, L.L. *et al.* Síndrome Alcoólica Fetal (SAF): Uma visão contemporânea sobre o abuso de álcool durante a gestação. **Revista Saúde em Foco**, São Paulo, n.10, p.904-914, 2018.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Grupo de trabalho Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido - Atualizações científicas sobre a síndrome alcoólica fetal (SAF). **SPSP**, 2020.

SÍNDROME DA TRANSFUSÃO FETO-FETAL: FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

SARTURI, Marcelo Antônio; SOARES, Julia Tolfo; VIEIRA, Laura; DALBEM, Juliane.

URI-; marcelo.antonio.sarturi@hotmail.com; juliatolfos@gmail.com; lauramv133@gmail.com; julianedalbem@uricer.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Transfusão Feto-Fetal (STFF) configura uma patologia que acomete de 10 a 15% das gestações gemelares monocoriônicas. Uma vez que a taxa de gestações monocoriônicas é de 1/130 nascidos vivos e a prevalência da STFF, de 15%; pode-se chegar a uma estimativa de 1.800 casos por ano (DE SÁ, 2014). A STFF é caracterizada pelo desequilíbrio do volume do líquido amniótico (VLA) entre os sacos amnióticos, devido à formação de anastomoses entre a vascularização placentária dos fetos (MAIA *et al.*, 2017). As alterações decorrentes da STFF aparecem em torno da 15^o a 26^o semana de desenvolvimento, no segundo trimestre de gravidez, podendo ser classificadas em 5 estádios de gravidade (MILLER, 2021).

A doença ocasiona elevado índice de mortalidade fetal e neonatal, sendo que, na ausência de tratamento, a mortalidade pode chegar aos 90% (MAIA *et al.*, 2017). Em consoante, mesmo os fetos sobreviventes possuem uma maior propensão a doenças cardíacas, neurológicas e distúrbios de desenvolvimento. Atualmente, o tratamento mais indicado consiste na ablação a *laser* das anastomoses (MAIA *et al.*, 2017). Objetiva-se analisar criticamente a literatura nacional e internacional sobre a Síndrome de Transfusão Feto-Fetal, a fim de discutir resultados a partir da comparação de dados já obtidos.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido trata-se de uma revisão bibliográfica, de cunho exploratório e descritivo, sobre os aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e de tratamento da Síndrome de Transfusão Feto-Fetal. Para tanto, foram realizadas buscas nas bases de dados PubMed, Google Acadêmico e LILACS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A STFF consiste no excesso de anastomoses arteriovenosas unidirecionais que cria um fluxo preferencial de um feto para outro. É uma das complicações perinatais mais letais, com alto risco de mortalidade fetal e neonatal (MAIA *et al.*, 2017). O gemelar que recebe maior fluxo é chamado de receptor e tende a apresentar sobrecarga circulatória com conseqüente insuficiência cardíaca e polidrâmnio, ambos causados pela hipervolemia. O feto receptor também apresenta aumento da osmolaridade plasmática, com aumento da pressão oncótica e hidropisia. O outro gemelar, dito doador, recebe menor fluxo sanguíneo, cursando

com hipovolemia e anemia, com conseqüente hipóxia e oligo ou anidrâmnio (MAIA *et al.*, 2017). O anidrâmnio do gêmeo doador pode levar à aparência de um gemelar comprimido contra a parede uterina pelo saco amniótico excessivamente distendido do outro gemelar (*stuck twin*). A presença da STFF com polidrâmnio grave é associada ao aumento significativo da resistência vascular uteroplacentária e hiperaldosteronismo materno (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). O quadro clínico inicial se apresenta com desenvolvimento de polidrâmnio agudo no segundo trimestre e tamanhos fetais discordantes, sendo que a diferença de peso entre os dois gemelares é acima de 20% (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). Em grande parte dos casos, a STFF não provoca sintomas maternos, porém, algumas apresentam distensão uterina excessiva (DE SÁ, 2014).

No que tange ao diagnóstico, é realizado no segundo trimestre de gestação, por meio do exame de ecografia, no qual pode-se notar a diferença de VLA entre sacos amnióticos (MILLER, 2021). Além das discrepâncias volumétricas do líquido amniótico, ocorrem alterações no exame de fluxometria Doppler na artéria umbilical (MAIA *et al.*, 2017). Quanto à classificação do grau de gravidade, o método mais utilizado é a classificação de Quintero. A primeira fase é caracterizada pela visibilidade da bexiga do gêmeo doador e com o exame de Doppler normal. No entanto, na segunda fase a bexiga do doador não é visível, enquanto o Doppler continua inalterado. Já na terceira fase, a bexiga do feto doador não é visualizada e o exame de Doppler é anormal pelo fluxo diastólico ausente na artéria umbilical. Na quarta fase, um ou ambos os fetos apresentam hidropisia, caracterizada como o acúmulo anormal de líquidos nos tecidos fetais. Em última instância, na fase cinco, a mais grave, ocorre o óbito de um ou ambos os gêmeos (FRANCISCANI *et al.*, 2010). A classificação não está relacionada necessariamente à progressão da doença, mas sim à diversidade de apresentação dos casos, uma vez que em 50% das vezes a STFF se apresenta no estágio III (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). Assim, dado o prognóstico pouco favorável, todas as gestações gemelares monocoriônicas devem ser vigiadas em centros de cuidados pré-natais, de forma a efetuar precocemente o diagnóstico e tratamento adequados (RODRIGUES, 2016).

O manejo dessa patologia inclui a conduta expectante com uma taxa de sobrevivência de 10% dos fetos. A conduta terapêutica inclui três possibilidades: (a) amniocentese seriada, (b) septostomia e (c) ablação a laser das anastomoses. A amniocentese, ou amniodrenagem seriada, é feita baseada no pressuposto de que a diminuição do polidrâmnio irá diminuir a pressão intrauterina, melhorando a circulação fetal e os sintomas maternos (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). É um procedimento simples e barato, porém o acúmulo de líquido amniótico é rápido, necessitando repetir o procedimento. Enquanto isso, a septostomia busca equilibrar as pressões entre as cavidades, apesar de já haver comprovação de que a pressão entre elas é similar. Em suma, os resultados das técnicas são similares (um feto vivo ao nascimento e sobrevivência de 6 meses de 56 e 51%, respectivamente), com taxas de complicações de 15 a 20% (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). Já a coagulação a laser das anastomoses vasculares, realizada por meio de fetoscopia, apresenta melhores taxas de sucesso (um feto vivo ao nascimento e sobrevivência de 6 meses de 76 e 76%, respectivamente). Esse tratamento procura eliminar seletivamente os vasos que comunicam as circulações fetais, corrigindo a causa da patologia e não apenas os sintomas. No entanto, é um tratamento caro, invasivo e de difícil acesso, realizado em poucos centros de referência (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017).

4 CONCLUSÕES

Em virtude dos fatos mencionados, é indubitável a importância do acompanhamento pré-natal para que o diagnóstico tardio seja evitado, implicando em tratamento precoce e, conseqüentemente, melhor prognóstico. Além disso, considerando a elevada taxa de mortalidade fetal quando em ausência de tratamento, o impacto da STFF na sobrevivência do recém nascido e o surgimento de complicações cardíacas e neurológicas, fica evidente a necessidade de abordar com maior afinco tal assunto. Para mais, são necessários estudos que busquem esclarecer questões de cunho fisiopatológico da STFF, uma vez que constitui uma patologia complexa cujos mecanismos não são totalmente compreendidos.

Logo, é de suma relevância que os profissionais da área da saúde e, principalmente os médicos obstetras, tenham conhecimento acerca dessa patologia e saibam identificá-la precocemente, além de orientar aos pais e empregar o melhor tratamento, visando diminuir o índice de mortalidade e as complicações futuras relacionadas à saúde do recém nascido.

REFERÊNCIAS

DE SÁ, R.A.M. Síndrome da Transfusão Feto-Fetal: um diagnóstico negligenciado. **FEMINA**. São Paulo, Maio/Junho 2014, vol. 42, nº 3 2014.

FRANCISCANI, A.A.R. Síndrome de transfusão feto-fetal. **Revista de Medicina de Minas Gerais**. Minas Gerais, p. 68-72, 2010.

MAIA, C. *et al.* Síndrome de Transfusão Feto-Fetal. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**. Portugal, v. 11, p. 264-273, 2017.

MARTINS-COSTA, S. *et al.* Rotinas em Obstetrícia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MILLER, J.L. Twin to twin transfusion syndrome. **Translational Pediatrics**. Estados Unidos, v. 10, n. 5, p. 1518-1529, 2021.

RODRIGUES, A.P.P.S. Síndrome de transfusão feto-fetal. **Repositório Universidade de Lisboa**. Lisboa, 2016.

SÍNDROME DE WOLFRAM E SUAS REPERCUSSÕES



**MAINARDI, Jonas Daniel Walker; MÁRSICO, Felipe Salvi;
DALL'AGNOL, Paulo Roberto**

URI Erechim – danieljonasmainardi@gmail.com; felipemarsico1@gmail.com;
paulodallagnol@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Wolfram (SW) teve seu primeiro relato na terceira década do século XX, mais especificamente no ano de 1938 pelos pesquisadores Wolfram e Wagner. Esta caracteriza-se como uma doença neurodegenerativa que atinge o sistema nervoso central (SNC), nervos periféricos, além de tecidos neuroendócrinos. Ademais, outras características importantes da SW são o caráter raro, e a herança autossômica recessiva.

O termo síndrome deriva do grego *syndromé* que quer dizer reunião, assim, ao trazer para o âmbito médico, depara-se com a definição de síndrome como um conjunto de sinais, sintomas, ou condições, o que não é diferente da de SW, onde há muitas manifestações típicas dos pacientes com o diagnóstico, como principalmente diabetes *mellitus* tipo 1 e atrofia óptica. Além disso, pode estar associada com diabetes *insipidus* e surdez, como descrito por Pilley e Thompson, que apresentaram o acrônimo DIDMOAD (*diabetes insipidus, diabetes mellitus, optic atrophy, deafness*) em 1976.

Nesse contexto, anomalias urinárias, ataxia, nistagmo e predisposição a doenças psiquiátricas podem estar presentes compondo a síndrome (RIBEIRO, 2006), juntamente com outros achados, como: distúrbios do trato gastrointestinal, atrofia gonadal primária no homem, irregularidades menstruais e menarca tardia na mulher (SOUTO, 2008).

Dessa forma, o seguinte trabalho tem por objetivo demonstrar as especificidades dessa condição neurodegenerativa, em busca de evidenciar sua multifatorialidade, prognóstico e bases genéticas da condição.

2 METODOLOGIA

A fim de dissertar sobre a síndrome de Wolfram, fora realizada a revisão bibliográfica, por meio da análise de artigos, e publicações das plataformas digitais de busca do Google Acadêmico, Scielo e Pubmed, além da revista da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, dos Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, da Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo e por fim, da Revista Brasileira de Oftalmologia. Os artigos utilizados datam dos anos de 2006 a 2019 do Brasil e de Portugal.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síndrome de Wolfram cuja prevalência é de 1 em cada 770.000 recém nascidos, e tem uma frequência de 1 portador a cada 354, apresenta diversas manifestações, como a diabetes *mellitus* (DM), que é o primeiro sinal clínico

existente na imensa maioria dos casos reportados. A DM, nesses casos, caracteriza-se como deficiência de insulina de etiologia não autoimune e geralmente manifesta-se nos primeiros 10 anos de vida do indivíduo, porém, não obrigatoriamente. Nesse íterim, há estudos que demonstram uma perda seletiva das células beta-pancreáticas com preservação das células produtoras de glucagon e somatostatina. Logo, os pacientes com SW em geral são insulino-dependentes devido a essa deficiência na produção. Em relação aos antígenos específicos da DM do sistema HLA, certos autores relacionam o HLA-DR2 com a SW, que são negativamente associados ao DM tipo 1 clássica.

Soma-se a DM, a atrofia do nervo óptico bilateralmente e progressivamente que, diferentemente da insulinopatia, apresenta sintomas na segunda década de vida. O sintoma principal que serve como alerta é a perda da acuidade visual de forma progressiva com média de idade de início de 14 anos. O exame oftalmológico mostra palidez do nervo óptico com aumento do reflexo das artérias retinianas, com eletrorretinografia de campo normal, em geral, já o estudo anatomopatológico mostra destruição axonal e desmielinização do sistema óptico como um todo. Outras características visuais secundárias que podem aparecer são a catarata, a miopia e os distúrbios de cores, por exemplo.

No tocante da diabetes *insipidus* (DI), esta é de origem central e pode ser facilmente confundida com a DM devido os sintomas serem semelhantes, como poliúria e polidipsia. Na literatura encontram-se estudos histopatológicos mostram que o DI é decorrente, principalmente, da atrofia e gliose do sistema neuro-hipofisário. Em relação à surdez neurosensorial, observa-se que é bilateral e envolve inicialmente sons com maior frequência até progredir para frequências menores - cerca de 250 a 2000 Hz (SILVA, 2019). A perda auditiva tem início nas primeiras três décadas de vida, porém mesmo tendo certa gravidade, poucos pacientes perdem 100% da audição.

Além dessas manifestações, o SNC também é afetado, apresentando sintomas como: ataxia de tronco, gerando marcha instável e quedas, crises de apnéia de origem central, perda de olfato e paladar, mioclonias, nistagmo e hemiparesia devido a infartos cerebrais. Os achados no exame de ressonância magnética do cérebro são ausência de sinal de alta intensidade da neurohipófise, atrofia da região hipotalâmica, cerebelo, tronco e córtex cerebral, além de atrofia do nervo e quiasma óptico. Sobre os sintomas psiquiátricos, depressão e suicídio são mais frequentes em pacientes com SW que a população geral (SOUTO, 2008).

Em relação a genética da síndrome, o gene WFS-1 ou wolframina ainda não está completamente definido, porém sua localização sugere um papel na regulação da homeostase do cálcio no retículo endoplasmático, transporte de membrana ou processamento proteico. Uma vez que a regulação do Ca^{++} pelo retículo endoplasmático é importante no apoptose celular, esses dados sugerem que a wolframina possa estar envolvida na regulação da apoptose mediada pelo retículo endoplasmático, e que um defeito nesse processo possa ser a causa da perda progressiva das células β pancreáticas e a degeneração neuronal associadas com a SW.

Há uma escala, a de WURS (*Wolfram Unified Rating Scale*), um método para avaliar de forma individual a gravidade e a diversidade de sintomas da SW, com foco nos distúrbios neurodegenerativos previamente conhecidos, permitindo uma medição confiável e válida da gravidade dos casos.

O tratamento não permite cura, outrossim, é de caráter sintomático. É de suma importância o diagnóstico precoce a fim de aliviar os sintomas ou até mesmo frear a

doença por um determinado período de tempo. O prognóstico da doença não é favorável, tendo como a idade de óbito a 3ª ou 4ª década de vida - por falência respiratória central com atrofia do tronco encefálico.

4 CONCLUSÕES

A síndrome de Wolfram é uma doença rara de caráter genético e têm suas primeiras manifestações majoritariamente clínicas, com o surgimento de DM na primeira década de vida seguindo a perda da acuidade visual e outros distúrbios oculares, além de prejuízos na audição e diabetes *insipidus*.

Tendo em vista a grande repercussão sistemática dos sintomas em questão, surge da necessidade de um rastreamento genético e principalmente da identificação da clínica o quanto precoce for possível, desse modo, garantindo uma sobrevida maior e principalmente do controle dos sintomas visando uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Adultos férteis com histórico familiar da doença devem ser orientados adequadamente a identificar os primeiros sinais da infância e saberem como proceder na eventualidade de terem filhos.

Enfim, esse trabalho mostrou uma breve análise sobre diversos aspectos, evidenciando a complexidade da doença e a necessidade de estudo mais aprofundado principalmente sobre suas bases genéticas para que seja possível uma terapêutica mais eficiente, visando o aumento da expectativa de vida dos pacientes diagnosticados.

REFERÊNCIAS

RIBEIRO, M.R.F. *et al.* Síndrome de Wolfram: da definição às bases moleculares. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, n. 5, p. 839-844, 2006.

SOUTO, S.B.; MEDINA, J.L. Síndrome de Wolfram. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**, v. 2, p. 57, 2008.

SILVA, L.B.; SANTOS, B.I.; MACHADO, R.A.F. Síndrome de Wolfram-Diagnóstico clínico de condição rara multissistêmica. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 78, p. 409-412, 2019.

SÍNDROME STEVENS-JOHNSON E COVID: uma revisão da literatura

FAHL, Gabriela Bassani; SERAFINI, Joel

URI Erechim – gabi.fahl@hotmail.com; joelserafini1991@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Desde que o COVID-19 fez suas primeiras vítimas em dezembro de 2019 chegamos ao número de 155.353.083 casos no mundo, 14.930.183 no Brasil. Destas, 3.245.391 pessoas no mundo e 414.399 brasileiros perderam a vida - 2,09% e 2,78%, respectivamente (DONG; DU; GARDNER, 2021). Sintomas comuns da doença incluem febre, tosse, mialgia, fadiga, dor de cabeça e diarreia. Apesar de a maior parte dos problemas associados à doença ocorrer no sistema respiratório, alguns estudos (CONFORTI *et al.*, 2020; PUNYARATABANDHU; CHIRACHANAKUL, 2021; RECALTI, 2020; TAMMARO *et al.*, 2020) têm demonstrado envolvimento do sistema cutâneo em 0,2%/1,5% a 16,67%/20,4% dos casos confirmados. Dentre os artigos, uma metanálise (CONFORTI, 2020) realizada com 113 estudos totalizando um total de 655 pacientes positivos para COVID-19 encontrou que 22 (3,36%) apresentaram eritema multiforme/eritema pustuloso generalizado/Síndrome de Stevens-Johnson, em sua maioria secundárias ao uso de medicamentos. Destes, apenas 1 (um) especificava a Síndrome de Stevens-Johnson (0,15% do total de casos).

Os eritemas multiformes são reações de hipersensibilidade que podem atingir indivíduos em qualquer idade, sendo associados principalmente a quatro fatores etiológicos: 1. Infecções como herpes simples, micoplasma, histoplasmose, coccidiodomicose, febre tifoide e hanseníase; 2. Neoplasias malignas – carcinomas e linfomas; 3. Doenças vasculares do colágeno – lúpus eritematoso, dermatomiosite e poliarterite nodosa; 4. Exposição a medicamentos (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2016; BULAT *et al.*, 2021). Independentemente da causa, o eritema multiforme é “caracterizado pela destruição de queratinócitos mediada por linfócitos T citotóxicos CD8+ que se alojam na pele” (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2016, p. 1191), majoritariamente na porção central das lesões, enquanto que na periferia encontram-se elevações infiltradas de CD4+ auxiliares e células de Langerhans. Quando esse quadro ocorre em grandes extensões de pele, lábios, mucosa oral, conjuntiva, uretra e áreas genitais e/ou perianais, e está associado a febre, tem-se a Síndrome de Stevens-Johnson (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2016; BULAT *et al.*, 2021).

O presente resumo expandido tem o objetivo de levantar a literatura sobre a ocorrência da Síndrome em casos de pacientes com COVID.

2 METODOLOGIA

Uma busca na plataforma Pubmed utilizando os termos “stevens johnson syndrome” e “covid” retornou 19 artigos. A partir da leitura desses artigos foram encontrados quatro relatos de caso, resumidos na seção “resultados”. A partir da

análise desses casos, foram sistematizadas as características que podem indicar a ocorrência da síndrome em pacientes internados por COVID.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Davoodi e colaboradores (2020) relatam um caso de Síndrome de Stevens-Johnson em uma paciente do sexo feminino de 42 anos com pneumonia devido ao COVID-19 que apresentou as lesões eritematosas maculopapulares com prurido na porção distal dos membros superiores dois dias após começar o tratamento com hidroxicloroquina (200mg duas vezes ao dia) e paracetamol (500mg quatro vezes ao dia). As lesões rapidamente se estenderam para todo o corpo com ulcerações orolabiais. O sinal de Nikolsky foi positivo, confirmando o diagnóstico de Síndrome de Steven-Johnson. As lesões cutâneas cessaram após a retirada de hidroxicloroquina e sua substituição por Lopinavir/Ritonavir (400mg duas vezes ao dia), comprovando que a reação se deu ao uso de hidroxicloroquina. Para tratar as lesões cutâneas, foi prescrito loratadina 10mg duas vezes ao dia e difenidramina 50mg três vezes ao dia.

O segundo caso (COLEMAN *et al.*, 2020) reporta uma paciente do sexo feminino de 68 anos internada com queixas de dor e rash cutâneo de rápida progressão com morfologia compatível com eritema multiforme na cabeça, pescoço, tronco e mucosa oral, porém com sinal de Nikolsky negativo e sem evidências de lesões em áreas com trauma cutâneo. Ela havia sido tratada com hidroxicloroquina quatro semanas antes por sarcoidose cutânea. Foram realizadas três biópsias da cabeça e pescoço que revelaram pústulas subcórneas consistentes com o diagnóstico de pústula exantemática generalizada. O primeiro tratamento aplicado foi com altas doses de metilprednisolona, mas como o resultado não foi percebido (sem melhora das lesões pré-existentes e expansão das lesões para novas áreas) iniciou-se o tratamento com imunoglobulina intravenosa, quando a doença descontinuou.

O artigo publicado por Bulat e colaboradores (2021) relata o caso de uma paciente de 23 anos do sexo feminino, caucasiana, admitida no hospital por erosões orais e genitais acompanhadas de máculas eritematosas com centro violáceo escuro nas regiões do tórax, face, extremidades inferiores, palmas e solas. Antecedente reportado foi de febre alta, mal-estar e dor de cabeça, tratadas sintomaticamente, e testagem para COVID-19 positiva (swab nasal e RT-PCR). Após período inicial, desenvolveu tosse seca, para a qual foi prescrito um opióide supressor de tosse (pholcodine) ao qual a paciente desenvolveu a reação de hipersensibilidade – Síndrome de Stevens-Johnson – por 11 dias. Três dias após cessar o uso, apresentou lesões erosivas na cavidade oral, disfagia e pirose, além das lesões no tórax, face, extremidades inferiores e genitália. Após biópsia e exames laboratoriais foi confirmado o diagnóstico. O tratamento foi feito com baixas doses de corticoesteroides sistêmicos e anti-histamínicos, com remissão da doença após 10 dias da descontinuidade do tratamento com pholcodine.

O último artigo, de Punyaratabandhu e Pornchai (2021), reporta o caso de uma paciente de 38 anos, feminina, tailandesa, que apresentou febre e tosse seca por um dia e foi diagnosticada com pneumonia por COVID-19. Tratada com cloroquina, favipiravir, darunavir, ritonavir e ceftriaxone. Doze dias após o diagnóstico as condições clínicas melhoraram e o RT-PCR retornou negativo. A maior parte dos medicamentos foi descontinuado, porém foi prescrito cefixime para completar o curso de antibióticos. Após 4 dias da nova prescrição, a paciente apresentou coceira e rash doloroso no tronco, com progressão para a face, boca e extremidades.

Erosões foram detectadas nos lábios e mucosa oral, a conjuntiva estava injetada, surgiram máculas e pápulas vermelhas amarronadas na face e tronco, assim como manchas purpuras em ambas as mãos e pés. O sinal de Nikolsky retornou positivo nas lesões nas costas, mas o descolamento da pele era menor que 5%. Exames laboratoriais não acusaram eosinofilia nem aumento de transaminases. Foi iniciado tratamento com corticoesteróide tópico, melhorando o rash após 4 dias.

4 CONCLUSÕES

A partir da revisão da literatura, tem-se que todos os casos relatam a ocorrência da Síndrome de Stevens-Johnson em mulheres que apresentaram, no decorrer da doença, lesões na mucosa orolabial. Em 75% dos casos, a reação foi decorrente do uso de cloroquina ou hidroxicloroquina. Com essas informações, pode-se pressupor que o uso da medicação cloroquina e hidroxicloroquina deve ser acompanhada com atenção para o surgimento de manchas e pápulas na pele, indicando uma reação sistêmica que deve ser tratada.

REFERÊNCIAS

- BULAT, V. *et al.* Pholcodine-induced Stevens-Johnson syndrome in a patient with COVID-19. **Postgraduate Medical Journal**, v. 97, n. 1146, abril/2021.
- COLEMAN, I. *et al.* Acute generalized exanthematous pustulosis and Stevens-Johnson syndrome overlap due to hydroxychloroquine: a case report. **J Med Case Rep**, v. 14, n. 1, nov/2020.
- CONFORTI, C. *et al.* Cutaneous manifestation in confirmed COVID-19 patients: a systematic review. **Biology**, v. 9, n. 12, dez/2020.
- DAVOODI, L. *et al.* Hydroxychloroquine-induced Stevens–Johnson syndrome in COVID-19: a rare case report. **Oxf Med Case Reports**, v. 2020, n. 6, jun/2020.
- DONG, E.; DU; GARDNER L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. **Lancet Inf Dis**, v. 20, n. 5, p. 533-534. Acesso em: 07 maio 2021.
- KUMAR, V.; ABBAS, A.; ASTER, J. **Robbins e Cotran: bases patológicas das doenças**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- PUNYARATABANDHU, P.; CHIRACHANAKUL, P. Cutaneous eruption in COVID-19-infected patients in Thailand: An observational descriptive study. **The Journal of Dermatology**, v. 48, n. 1, p. 14-20, jan/2021.
- RECALTI, S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. **JEADV**, v. 34, n. 5, p. 212-213, mar/2020.
- TAMMARO, A. *et al.* Cutaneous manifestations in COVID-19: the experiences of Barcelona and Rome. **JEADV**, v. 34, n. 7, p. 306-307, abril/2020.

SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA E A INTERFACE BIOQUÍMICA ENCEFÁLICA E COMPORTAMENTAL

ROSS, Giovanna Sanagiotto; MOYSES, Felipe dos Santos

URI-Erechim - giovannastr@gmail.com; felipemoyses@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

As vitaminas são, na maioria das vezes, consideradas essenciais em uma dieta adequada e saudável e, certamente, nenhum outro grupo de compostos tem atribuições tão benéficas para a massa quanto as vitaminas. Isso pode ser justificado pois cada uma delas detém seus benefícios, além da pluralidade de efeitos fisiológicos, em consonância à concentração consumida (HAHN, 2009).

À vista disso, surge a tendência abusiva quanto ao uso de suplementos alimentares, em que a indústria farmacêutica, que fabrica e detém a comercialização deles, compõe a gama de agentes com interesses conflitantes no consumo desses polivitamínicos (LOPES, 2013).

Desse modo, há evidências de que os complexos vitamínicos contribuem de maneira positiva para os aspectos comportamentais para a prevenção de doenças neurodegenerativas (ELSHORBAGY *et al.*, 2018). Entretanto, quando a indicação do uso dos complexos não é realizada de maneira individualizada, considerando as necessidades de cada indivíduo, pode acarretar distúrbios corporais como a hipervitaminose, implicando no desbalanço da homeostase sistêmica (SY *et al.*, 2020).

Assim, torna-se oportuno apresentar dados colhidos por meio de revisão bibliográfica e analisar os achados diante da ótica científica e acadêmica.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa integrou-se em uma revisão da literatura referente aos riscos e benefícios do uso de suplementação vitamínica crônica. Tem como base publicações científicas nacionais e internacionais na área médica, publicadas entre os anos de 1993 e 2020, com a finalidade de organizar um resumo expandido que exponha uma discussão clara e objetiva dos impactos da ingestão crônica de vitaminas manipuladas e seus efeitos no que respeita a mudanças comportamentais e estruturais encefálicas pela ótica bioquímica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os complexos vitamínicos não são considerados medicamentos, ademais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% de todos os medicamentos têm prescrição errônea e mais de 50% dos usuários não os utilizam de maneira correta, no que diz respeito à carência da reposição, de acordo com cada indivíduo e sem acompanhamento especializado (PIRES, 2012). Tal padrão de uso pode ser justificado, pois a maioria das pessoas que fazem uso da reposição vitamínica acredita na segurança e nos benefícios do composto, visto que são considerados

suplementos alimentares e não é necessária a apresentação de receita médica no momento da compra.

Ademais, na medida em que a suplementação torna-se excessiva e descontrolada, há, em consequência o aumento do risco de efeitos adversos (VATANPARAST; DOLEGA-CIESZKOWSKI; WHITING, 2009), mesmo considerando o fato de que as vitaminas são essenciais para a vida (PIRES, 2012). Dependendo da natureza da vitamina, em excesso, pode haver comprometimento do funcionamento normal do organismo.

Tanto os benefícios, como os malefícios do uso indiscriminado de vitaminas, estão intimamente relacionados com as espécies reativas (KHAZAIE *et al.*, 2019). Essas são originadas no decorrer de processos metabólicos, participam como mediadores da transferência de elétrons, redução univalente do O_2 , em processos bioquímicos, de maneira que espécies reativas de oxigênio, tais como peróxido de hidrogênio (H_2O_2), hidroxila (OH^{\cdot}) e $1 O_2$ são gerados (CATANIA; BARROS; FERREIRA, 2009). Tais produtos reagem com maior facilidade, detendo um potencial de desencadear reações danosas às células se, ingeridas em quantidades elevadas.

Assim sendo, para evitar maiores danos celulares e teciduais, os organismos possuem um sistema antioxidante, enzimático e não-enzimático, que interagem e se regeneram em um complexo sistema de ciclos. O sistema enzimático contém proteínas como a superóxido dismutase (SOD), que converte O_2^{\cdot} em H_2O_2 , a catalase, relacionada com a remoção de H_2O_2 , e a glutathiona peroxidase (GPx), envolvida na remoção de peróxidos (HALLIWELL; CHIRICO, 1993). O sistema antioxidante não-enzimático conta com a vitamina E (tocoferol), a vitamina C (ascorbato ou ácido ascórbico), a glutathiona (GSH) e o ubiquinol, entre outros.

O desequilíbrio entre a produção de agentes oxidantes e as defesas pode causar danos em biomoléculas, como fosfolipídeos de membrana plasmática, DNA e proteínas (MUTHUSWAMY *et al.*, 2006). Além disso, as espécies reativas apresentam-se como um mecanismo essencial no efeito da adversidade induzida pelo agente agressor do tecido neuronal em baixas quantidades (KHAZAIE *et al.*, 2019).

Tendo em vista o mecanismo do estresse oxidativo e seu alvo, a membrana plasmática lipoproteica, pode-se inferir o encéfalo como um órgão alvo desse processo, por ter conteúdo rico em lipídios e pelo elevado consumo de oxigênio. Assim, o estresse oxidativo está, intimamente, relacionado com doenças neurodegenerativas como a doença de Alzheimer, doença de Huntington e Parkinson, bem como distúrbios neuropsiquiátricos como transtorno de ansiedade e depressão e distúrbios de memória. Assim, pode-se correlacionar ao bem-estar emocional e mental (SALIM, 2017).

O processo danoso no sistema nervoso central (SNC), as correlações com os eventos oxidativos no encéfalo, o declínio comportamental e cognitivo são fatores dignos de observação, pois apresentam significativo impacto social (SALIM, 2017).

Outrossim, há relatos na literatura sobre a influência dos complexos vitamínicos sobre aspectos comportamentais positivos que ajudam no bem-estar e melhoram o humor dos usuários. Existem diversos mecanismos de ação pelos quais esses compostos podem realizar tais modificações. As vitaminas B, piridoxina (B6), ácido fólico (B9) e cobalamina (B12) realizam a manutenção das estruturas cerebrais, contribuindo para a síntese de neurotransmissores e a conversão de hemocisteína (HCy), um aminoácido sulfurado, em metionina novamente (MATTSON; SHEA, 2003). Tal fato confirma-se de modo que pacientes com depressão, no geral, apresentam deficiência de B12 e B9.

4 CONCLUSÕES

Diante do exposto, faz-se necessário ressaltar que a suplementação vitamínica causa impactos de diversas naturezas, tais como bioquímica e social, sejam eles benéficos ou maléficos, a depender das condições de uso de cada indivíduo. Todavia, há de se questionar sobre a prevalência dos efeitos, se são eles positivos ou negativos, em sua maioria.

Dessa maneira, faz-se pertinente pesquisar sobre os impactos do uso diário e crônico de suplementos vitamínicos, bem como elucidar se há alterações comportamentais e bioquímicas benéficas no encéfalo, por meio do enfoque histológico, bem como, averiguar se os usuários apresentam, de fato, mudanças comportamentais após a ingestão. Em vista disso, torna-se oportuno realizar uma pesquisa de caráter experimental com cobaias roedores.

REFERÊNCIAS

CATANIA, A.S.; BARROS, C.R.; FERREIRA, S.R.G. Vitaminas e minerais com propriedades antioxidantes e risco cardiometabólico: controvérsias e perspectivas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [s. l.], v. 53, n. 5, p. 550–559, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0004-27302009000500008>

HAHN, A. Vitamine zwischen Mangelvermeidung und Prävention: Wunsch und Wirklichkeit. **Pharmazie in Unserer Zeit**, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 168–178, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pauz.200800310>

HALLIWELL, B.; CHIRICO, S. Lipid peroxidation: significance and its mechanism. **The American journal of clinical nutrition**, [s. l.], v. 57, n. February, p. 715–725, 1993.

KHAZAIE, S. *et al.* Modulatory effects of vitamin C on biochemical and oxidative changes induced by acute exposure to diazinon in rat various tissues: Prophylactic and therapeutic roles. **Journal of Animal Physiology and Animal Nutrition**, [s. l.], v. 103, n. 5, p. 1619–1628, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jpn.13144>

LOPES, Mafalda. Aconselhamento Farmacêutico em Suplementação Alimentar. **Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal**, [s. l.], p. 7, 2013.

MATTSON, M.P.; SHEA, T.B. Folate and homocysteine metabolism in neural plasticity and neurodegenerative disorders. **Trends in Neurosciences**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 137–146, 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(03\)00032-8](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(03)00032-8)

MUTHUSWAMY, A.D. *et al.* Oxidative stress-mediated macromolecular damage and dwindle in antioxidant status in aged rat brain regions: Role of l-carnitine and dl- α -lipoic acid. **Clínica Chimica Acta**, [s. l.], v. 368, n. 1–2, p. 84–92, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cca.2005.12.010>

PIRES, M.D. **O poder das vitaminas**. Dissertação (Mestrado), Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012.

SALIM, S. Oxidative stress and the central nervous system. **Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, [s. l.], v. 360, n. 1, p. 201–205, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1124/jpet.116.237503>

SY, AM. *et al.* Liver Damage due to Hypervitaminosis. **ACG Case Reports Journal**, [s. l.], v. 7, n. 7, p. e00431, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14309/crj.0000000000000431>

VATANPARAST, H.; DOLEGA-CIESZKOWSKI, J.H.; WHITING, S.J. Many adult Canadians are not meeting current calcium recommendations from food and supplement intake. **Applied Physiology, Nutrition and Metabolism**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 191–196, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1139/H09-005>

SUORTE DE VIDA: CONSIDERAÇÕES SOBRE SUORTE BÁSICO E AVANÇADO



**PECINI, Giliane; ARCEGO, Júlia Zin; SILVA, Gabriela da;
BUSETTO, Marcos Antonio.**

URI Erechim – gilianepecini@gmail.com; gabizdasilva7@gmail.com; julia.arcego@gmail.com;
marbusetto@uol.com.br

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o trauma é a principal causa de morte entre jovens menores de 45 anos. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de compreensão e domínio das técnicas necessárias para o atendimento de uma vítima traumatizada. O ATLS (Suporte Avançado de Vida no Trauma) e o PHTLS (Suporte de Vida em Trauma Pré-hospitalar) são tidos como alicerce para a assistência emergencial, os quais carregam uma nova versão que acrescenta o passo “X” em frente às etapas já enraizadas nos protocolos de atendimento ao trauma, dando origem, portanto, ao XABCDE do trauma (ALVES *et al.*, 2010).

Desse modo, este trabalho busca ponderar sobre a assistência emergencial pré-hospitalar, desejando compreender sobre as atribuições de cada profissional envolvido no processo de atendimento à vítima de trauma, bem como atentar para os casos graves que trazem risco à vida e necessitam de cuidados sistematizados. Além disso, o estudo anseia refletir sobre o julgamento adequado da condição da vítima, individualizando a assistência, visando a relação risco-benefício e enfatizando a humanização do cuidado, para que o melhor itinerário terapêutico seja organizado pela equipe ao considerar as necessidades de cada caso.

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma revisão de literatura, por meio de buscas no Portal de Periódicos CAPES/MEC, Google Acadêmico e PubMed. Foram analisados artigos do Site da *American Heart Association*, assim como das plataformas PEBMED e Enfermagem Florence. Por meio das palavras-chave “suporte básico de vida” e “suporte avançado de vida”, encontrou-se materiais bibliográficos que subsidiaram a pesquisa de embasamento do subsequente resumo expandido.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perante uma vítima de trauma – que sofreu evento nocivo à saúde, como acidentes ou emergências clínicas –, o tempo é um preditor de sobrevivência e, por isso, a sistematização de alguns cuidados é necessária. A assistência emergencial, que almeja atendimento de qualidade em ambiente não hospitalar, é classificada em duas modalidades: Suporte Básico de Vida (SBV), com manobras não invasivas, podendo ser realizado por pessoas leigas – atendentes de emergência –, ou Suporte Avançado de Vida (SAV), mediante estratégias invasivas para o tratamento de agravos à saúde, executadas por profissionais habilitados – socorristas – em atendimento pré-hospitalar (APH) (ENFERMAGEM FLORENCE, 2020).

A abordagem ao traumatizado é precedida pela visualização da cena, identificando possíveis riscos iminentes à vida para garantir a segurança das pessoas envolvidas. Se idealiza que a avaliação inicial do doente dure 10 segundos, perguntando seu nome e o que aconteceu, de modo a analisar o comprometimento da via aérea, da ventilação e do nível de consciência. Segundo Rotondo *et al.* (2012), a falha nas respostas sugere anormalidades. Ao prestar o SBV, conforme a *American Heart Association (AHA)* (2017 *apud* PAULA *et al.*, 2021), é preciso seguir a cadeia de sobrevivência, estando em maior destaque o reconhecimento precoce da PCR, seguida pelo acionamento do SAV e início das manobras de ressuscitação.

A AHA define parada cardiorrespiratória (PCR) como “cessação súbita e inesperada da atividade mecânica ventricular útil e suficiente”. Segundo ela, em 2020, cerca de 40% dos adultos em PCR – notada pela ausência de pulso e de movimentos respiratórios – recebem ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Em consonância com Stiell *et al.* (2014 *apud* PAULA *et al.*, 2021), a taxa de sobrevivência no cenário extra-hospitalar é de até 6%. Por isso, as diretrizes da AHA reenfazem a pronta e efetiva manobra de RCP – sobretudo a massagem cardíaca – por pessoas leigas, mesmo que a vítima não esteja em franca parada cardiorrespiratória, pois o risco de retardar é maior do que compressões torácicas desnecessárias. Em 12 minutos, a sobrevivência gira em torno de 2,5% (PAULA *et al.*, 2021), provando que a RCP precoce e o SBV são vitais para um desfecho positivo.

Embora o alvo do SBV seja identificar e intervir numa PCR, ele representa uma sequência de passos a se seguir – o XABCDE do trauma. Após a 9ª edição do *Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)*, em 2019, o protocolo foi aperfeiçoado e adicionou-se a letra “X” antes de qualquer procedimento (ALVES *et al.*, 2020), priorizando a contenção de hemorragias externas graves – exsanguinantes –, visto serem a principal causa de choque hipovolêmico e morte. Depois, faz-se as ações de A (*airway* ou vias aéreas, verificar se algo impede a respiração e proteger a coluna cervical), B (*breathing* ou respiração, realizar exame de tórax e qualificar a ventilação), C (*circulation* ou circulação, decifrar hemorragias, em especial as internas, e conferir pulso e cor da pele), D (*disability* ou incapacidade, aplicar exame neurológico e observar estado de alerta e resposta aos estímulos – Escala de Coma de Glasgow) e E (*exposure* ou exposição da vítima, atrás de fraturas e focos hemorrágicos, evitando hipotermia) (ALVES *et al.*, 2020; ROTONDO *et al.*, 2012).

Ainda, estudos reforçam a importância de se iniciar os primeiros socorros à vítima antes do APH propriamente dito. Eles demonstram que há maiores chances de encontrar um ritmo cardíaco chocável – episódios em que se usa o desfibrilador para reverter fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular (TV) sem pulso –, caso o tempo de chegada da ambulância for menor (ZANDOMENIGHI; MARTINS, 2018; MORAIS *et al.*, 2009; POSSER *et al.*, 2017; SOCIAS *et al.*, 2015 *apud* PAULA *et al.*, 2021). Sem contar que, o rápido acionamento do Suporte Avançado de Vida e o entrosamento entre as pessoas que estão prestando socorros agilizam substancialmente o tratamento no local do trauma (ROTONDO *et al.*, 2012).

O SAV, por sua vez, com meios de aliviar a interrupção aguda das funções vitais, também segue uma série lógica: A, B e C – via aérea, ventilação, respiração, oxigenação, circulação e controle da hemorragia, nessa ordem. Quando a elevação do mento ou a tração da mandíbula não garantirem via aérea livre, por exemplo, o uso de um tubo faríngeo – via aérea definitiva ou intubação – auxilia temporariamente. Em implicância à ventilação, respiração e oxigenação, como no pneumotórax hipertensivo, se descomprime a região torácica com agulha puncionando o 5º espaço intercostal na linha axilar média, a fim de liberar o ar preso

na zona pleural. Ademais, se a vítima evoluir com grande perda volêmica, faz-se reposição com solução isotônica, por meio de cateteres endovenosos periféricos em membros superiores, para restaurar o equilíbrio hemodinâmico (ROTONDO *et al.*, 2012).

Sabe-se que a estimativa de óbitos posterior à parada cardiorrespiratória, no Brasil, é de 280 mil ao ano (PAULA *et al.*, 2021), o que configura um problema de saúde pública. Em 2003, no anseio de diminuir essa taxa, foi implantado o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) (MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014 *apud* PAULA *et al.*, 2021), disponível 24h, dotado de veículo equipado para prestar os primeiros cuidados à vítima, antes de sua locomoção até o hospital. Assim, é de extrema importância que a comunidade em geral, incluindo os profissionais de saúde, possa compreender os efeitos das lesões sobre o doente traumatizado e cumprir as recomendações básicas para a manutenção da vida

4 CONCLUSÕES

Considerando os suportes básico e avançado de vida, verifica-se a importância dos 10 primeiros segundos do atendimento ao paciente traumatizado, enfatizando a relevância da estratificação de risco, que possibilita um acolhimento específico e coerente. A identificação de PCR aparece dentro do SBV com destaque, seguida pelo início imediato de RCP com manobras de ressuscitação. Sobreposto a isso, está o reconhecimento do XABCDE do trauma, que consiste em passos padronizados de verificação do doente, respeitando uma sequência lógica de procedimentos.

No que diz respeito ao SAV, é válido salientar que também segue sequência clara de realização de eventos (A, B e C), objetivando o melhor desfecho para o atendimento. Dentro desse seguimento, as manobras são ditas como invasivas – como a inserção de agulha para decompressão torácica – ou seja, devem ser realizadas somente por profissionais previamente treinados. Dito isso, é de importância extraordinária que, tanto a população em geral, quanto os profissionais de saúde recebam as instruções necessárias de como agir em emergências, proporcionando o atendimento correto às vítimas de trauma.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.F.R.F.B. *et al.* A importância do XABCDE no atendimento pré-hospitalar. In: FREITAS, G.B.L. *et al.* **Trauma e Emergência**. Irati: Pasteur, 2020. p. 527-530.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association**. Chicago, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3Gh5VtM>. Acesso em: Out, 2021.

PAULA, C.F.B. *et al.* Parada cardiorrespiratória no atendimento pré-hospitalar. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**. São José do Rio Preto, v. 9, n. 3, p. 608-618, jan./set. 2021.

ROTONDO, M. *et al.* Avaliação e atendimento iniciais. In: ROTONDO, M. *et al.* **Suporte Avançado de Vida no Trauma**. ATLS. Chicago: American College of Surgeons, 2012. p. 39-48.



SUPORTE BÁSICO À VIDA (SBV) E SUPORTE AVANÇADO À VIDA (SAV).
Enfermagem Florence, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3Auiwpi>. Acesso em: Out, 2021.

TELEMEDICINA NO CONTEXTO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

**ARBOIT, Bruna Regina; TISSIANI, Taciê Hartmann; WENCELEWSKI, Tayná
Andressa, RECH, Matheus Machado, BARBIERI, Rodrigo.**

URI Erechim – brunareginarb@gmail.com; tacie_tissiani@hotmail.com; twencelewski@gmail.com,
mmrech@ucs.br; rodrigobarbieri@uricer.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A telemedicina é definida como o uso de informações e telecomunicação para a promoção de cuidados em saúde a longa distância (NGUYEN *et al.*, 2020). Segundo Catapan e Calvo (2020), a teleconsulta médica apresenta-se de três formas: de caráter aditivo (acrescentando interações médico-paciente remotas além das consultas físicas), de caráter alternativo (substituindo a consulta presencial) e de caráter parcialmente substantivo (mesclando-se consultas remotas e consultas presenciais). Ademais, ainda conforme os autores, a telemedicina pode ser realizada em tempo real on-line (síncrona) ou off-line (assíncrona).

A possibilidade de um atendimento no qual a distância deixa de ser uma barreira, torna a telemedicina uma valiosa ferramenta perante as necessidades atuais do sistema de saúde, seja pela redução do tempo de espera pelo atendimento, seja pela redução de lotação dos espaços físicos de saúde (ATAÍDE; MAGNAGNAGNO, 2021). Estes benefícios tornam-se ainda mais relevantes perante o contexto atual da pandemia causada pela Coronavírus disease 2019 (COVID-19), no qual o distanciamento social tornou-se uma realidade concreta nos cuidados de saúde. Concomitante aos benefícios, a telemedicina traz também desafios, entre eles estão as novas configurações na interação entre médico e paciente. Assim, torna-se relevante o estudo das estratégias de criação de vínculo na relação médico-paciente sob o contexto das teleconsultas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa com base em uma pesquisa de artigos científicos nas plataformas Scielo, Google Scholar e Pubmed. Utilizou-se os seguintes descritores “Telemedicina”, “Relação médico-paciente”, “Comunicação” e a pesquisa se limitou aos três últimos anos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, diante dos impactos na saúde pública causados pela COVID-19, foi permitido a interação remota entre profissionais e pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), da saúde complementar e privada, por meio da Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 (Ministério da Saúde. 2020). Indubitavelmente, os novos arranjos de cuidados em saúde advindos desse contexto, impulsionaram o uso e avanço dessa tecnologia na medicina. Nesse prisma, conforme Da Luz (2019), o atendimento remoto requer estruturas e estratégias próprias para que seja satisfatória e efetiva.

Tendo em vista que a relação médico-paciente idealmente contém um atendimento humanizado, onde há confiança e colaboração entre esses dois sujeitos, as consultas remotas devem atender esses critérios tanto quanto uma consulta de modo presencial (KOGA; KOGA, 2020). Catapan e Calvo (2020) citam um estudo, realizado no Reino Unido, onde foram comparados as falas e os comportamentos dos médicos e pacientes entre teleconsultas e consultas presenciais. O resultado foi que ambas eram semelhantes, com algumas diferenças pontuais, como: problemas de conexão (encontradas apenas nas teleconsultas); consultas mais curtas nas teleconsultas, com maior chance de fala dos pacientes, visto que, por vezes, era necessário tornar explícitos detalhes que estavam implícitos em um encontro presencial. Destacou-se também que uma consulta prévia presencial foi fator importante na confiança entre médico e paciente.

Relacionado a isso, a satisfação pelo atendimento remoto também é de extrema relevância. Nguyen *et al.* (2020), indicam que há uma taxa de satisfação de 95–100% com a telemedicina em comparação com as consultas presenciais, por parte dos pacientes. Estes ainda destacam a conveniência da redução tempo gasto em de viagem e custos como os principais motivadores da satisfação com a teleconsulta. Da mesma forma, constatou-se que provedores de saúde também tendem a ficar satisfeitos com a consulta remota devido sua praticidade e facilidade de uso. Já o estudo feito por Ataíde e Magnagnagno (2021), investigou as posições de 11 pacientes acerca das vantagens e desvantagens da telemedicina na relação médico-paciente. O resultado apontou que a maioria deles faria uso de serviços da telemedicina, principalmente no acompanhamento clínico e na inviabilidade de uma consulta presencial, mas ainda tinha como preferência a consulta física convencional.

Dessa forma, algumas adaptações e técnicas a fim de potencializar o atendimento humanizado na telemedicina se fazem oportunos. Ao vislumbrar essa demanda, Da Luz (2019) traz como estratégia para o desenvolvimento de vínculo entre médico e paciente na telemedicina a primeira consulta de forma presencial, reservando as reavaliações periódicas, ajustes de medicações e orientações gerais para encontros remotos. Também pontua o uso de tecnologias como smartphones e outros aparelhos que permitam transmissão de imagens e textos, registrem eletrocardiograma, frequência cardíaca, pressão arterial, entre outros, como essenciais em uma interação de confiança. Além disso, manter um ambiente privativo, sem interrupções, e ter uma conduta de transparência, contribuem para maior sensação de lealdade e confiabilidade, além de garantir a continuidade da teleassistência médica (MEDEIROS *et al.*, 2020).

4 CONCLUSÕES

A telemedicina é uma ferramenta que vem ganhando espaço e importância na atual prática médica. Grande parte dos benefícios são referentes a eliminação da distância, a otimização de custos e a redução de tempo em viagens. Nesse contexto, ainda são escassas as informações quanto aos benefícios e desafios encontradas na criação de vínculo médico-paciente, visto que a principal estratégia documentada foi a preferência da primeira consulta de modo presencial. Portanto, há necessidade de novas pesquisas para a investigação da relação médico-paciente e estratégias eficazes de comunicação e criação de conexão com o uso da telemedicina – destacando-se, inclusive, o indispensável monitoramento ético desse instrumento de assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

ATAÍDE, C.; MAGNAGNO, A.O. Telemedicina como Instrumento de Integração entre Pacientes e Médicos. **Research, Society and Development**. v.10, n.9, p.1-8, 2021.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria Nº 467, de 20 de março de 2020.

CATAPAN, S.C; CALVO, M.C.M. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**.v.44, n.1, p.1-13, 2020.

DA LUZ, P.L. Telemedicina e a Relação Médico–Paciente. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.113, n.1, p.100-102, 2019

KOGA, R.C.R; KOGA, J.R.S. Telemedicina e sua relação com comunicação, tecnologia e convergência. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**. v.3, n.1, p. 111-116, 2020.

MEDEIROS, M. *et al.* Os desafios da telemedicina frente a relação médico-paciente em tempos de Covid -19. **Research, Society and Development**. v.9, n.10, p.1-13, 2020

NGUTEN, M. *et al.* A Review of Patient and Provider Satisfaction with Telemedicine. **Telemedicine and Technology**. v.20, n.11, p. 1-7, 2020.

TRANSPLANTE HEPÁTICO DE URGÊNCIA EM TRAUMA HEPÁTICO GRAVE

BRANDÃO, Arthur Crossi; NOVELLO, Camila Isadora; SALA, Vivian Pizzatto; ANTONIOLI, Flávia Cesca; LOPES, Marcelo; JUCHEM, José Felipe.

URI-Erechim - arthurcrossibrandao207@gmail.com; milanovello@hotmail.com;
vivi.pizzatto@gmail.com; flaviaacescaa@gmail.com; marcelocirurgiavasculard@gmail.com;
drjosejuchem@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Ao levar em consideração a anatomia humana, o fígado é um dos órgãos mais afetados nos traumas abdominais devido ao seu tamanho expressivo e localização, assim, pode-se afirmar que é um órgão vulnerável a traumas contusos e penetrantes (PARDO, 2003). O transplante de fígado é a forma mais extrema de tratamento cirúrgico de pacientes com trauma hepático, com dados muito limitados da literatura apoiando seu uso.

Sendo assim, o objetivo central deste estudo diz respeito a revisão das evidências atuais que corroboram para a utilização de medida cirúrgica extrema no trauma grave de fígado, que é o transplante hepático.

2 METODOLOGIA

O presente estudo constitui uma revisão de literatura referente aos estudos contemporâneos que avaliam a necessidade de transplante hepático em traumas hepáticos graves. Para tal fim, foram utilizados livros texto sobre transplantes hepáticos em traumas severos, traumas hepáticos e transplante hepático e artigos nacionais e internacionais, publicados no período de 2008 a 2016, pesquisados das plataformas PubMed, Scielo e Google Acadêmico, por meio de palavras-chave que estabeleceram a relação entre o trauma hepático grave e as opções de tratamento dos pacientes acometidos por ele, com a finalidade de organizar um resumo expandido que exponha uma discussão clara e objetiva das melhores opções de manejo cirúrgico ou não, para o aumento da taxa de sobrevivência desses indivíduos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apesar de sua localização anatômica protegida, o fígado é um dos órgãos abdominais mais frequentemente lesados. O termo trauma hepático abrange um amplo espectro de lesões contusas e penetrantes envolvendo o parênquima hepático, vasos sanguíneos intraparenquimatosos e extraparenquimatosos e dutos biliares. A gravidade dessas lesões varia de pequenos hematomas subcapsulares a grandes hematomas intraparenquimatosos e lacerações com ruptura vascular até avulsão hepática completa. Eles são comumente classificados em 6 graus de acordo com a classificação da American Association for the Surgery of Trauma (KRAWCZYK *et al.*, 2016). O transplante de fígado é a forma mais extrema de tratamento cirúrgico de pacientes com trauma hepático, em virtude disso, desde o início da década de

1990, o manejo não operatório (TNO) de pacientes hemodinamicamente estáveis com trauma hepático contuso tornou-se o tratamento padrão (TUCKER *et al.*, 2008).

Entretanto, a intervenção cirúrgica pode ser necessária nos traumas abdominais severos com lesão hepática grave, principalmente naqueles que provocam hemorragias de difícil controle. Apesar das abordagens de controle de danos visando a estabilidade hemodinâmica, muitos pacientes evoluem para choque hipovolêmico, insuficiência hepática aguda, falência múltipla de órgãos e óbito. Nesse contexto, o transplante hepático deve ser considerado nos casos em que todas as outras terapêuticas não obtiveram sucesso em atingir a estabilidade hemodinâmica (RIBEIRO-JR, *et al.*, 2015). Assim, sabe-se que os casos cirúrgicos decorrentes dos traumas hepáticos abrangem apenas 10% dos casos, enquanto 90% são tratados de forma conservadora. As principais causas de morte após trauma hepático grave são a hemorragia incontrolável, decorrente de lesão vascular e laceração do fígado e a falência hepática aguda. Ambas condições podem ser tratadas em casos selecionados por meio do transplante hepático, entretanto, as indicações são ainda hoje bem restritas (RIBEIRO JR, *et al.*, 2015). Os pacientes que requerem tratamento cirúrgico têm um escore de gravidade de lesão significativamente maior, menor pontuação na escala de coma de Glasgow, menor pressão arterial inicial, maior frequência cardíaca inicial, maior necessidade de fluido e transfusão de sangue e maior mortalidade relacionada ao fígado (TUCKER *et al.*, 2008). Ainda, o transplante é indicado apenas em situações graves por ser considerada uma cirurgia extremamente invasiva, tendo alto risco de ter sérias complicações pós cirúrgicas.

Nesse sentido, o transplante hepático pode ser realizado de duas maneiras de acordo com a literatura, o transplante em uma etapa e o em duas etapas. O em uma, consiste na remoção imediata do fígado nativo com subsequente implante de um novo órgão. Durante o procedimento realizado em duas etapas realiza-se um shunt vascular do tipo portocava temporário a fim de permitir que o paciente possa aguardar por um novo órgão e evitar a congestão do sistema esplâncnico do eixo mesentérico (RIBEIRO JR *et al.*, 2015). Aliado a isso, com o advento de maior domínio técnico, suporte anestésico e cuidados em terapia intensiva, pode-se observar redução na mortalidade quando comparada aos resultados obtidos nas décadas de 80 e 90, período em que se iniciaram os transplantes após trauma. A técnica em uma etapa foi a mais utilizada na última década com aumento importante para 92% dos casos, com relevância estatística. Em adição, a taxa de sobrevida aumentou significativamente, passando de 48% para 76%, a mortalidade caiu de 52% para 24%, e a sepse se manteve como principal causa de morte pós-operatória, abrangendo metade dos pacientes que evoluíram à óbito, quando comparados os dois períodos analisados (RIBEIRO JR *et al.*, 2015). Ainda, dentro disso, temos que, a comparação realizada foi de 1987-2001 para 2002-2014. De forma clara e sugestiva, os dados comprovam a vantagem atual, em caso de imensa necessidade, da realização do procedimento.

O transplante hepático de urgência em trauma hepático grave, atualmente, não configura-se como a primeira opção de intervenção, mesmo com a crescente evolução da medicina. Contudo, ainda é considerado como última alternativa terapêutica em condições clínicas extremas.

4 CONCLUSÃO

O trauma hepático representa um dos grandes desafios na cirurgia por se tratar de um órgão nobre amplamente vascularizado e indispensável para a vida. Dessa forma, o estudo e o emprego de diferentes abordagens é imprescindível para que se reduzam ainda mais as taxas de mortalidade, bem como as complicações e sequelas advindas do trauma hepático grave. Dentro disso, temos que o transplante hepático, nos casos graves, em que tanto a abordagem cirúrgica quanto outras alternativas não oferecem chance de sobrevivência a curto e longo prazo para o paciente, tem se tornado uma modalidade terapêutica factível e viável. Assim sendo, é necessário o aperfeiçoamento e conhecimento do cirurgião de modo a estar apto a oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, sempre tendo em mente a importância de se manter a função do órgão e não somente extirpar as áreas lesadas.

REFERÊNCIAS

KRAWCZYK, M. *et al.* Liver Transplantation for Hepatic Trauma: A Study From the European Liver Transplant Registry. **Transplantation**, v.100, n.11, p.2372-2381. 10 nov., 2016.

RIBEIRO-JR, M.A.F. *et al.* Transplante de fígado após trauma hepático grave: indicações atuais e resultados. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v.28, n.4, Nov-Dec, 2015.

TUCKER, O.N. *et al.* Emergency liver transplantation following severe liver trauma. **American Association for the study of liver diseases**, [s. l.], n.14, p.1204-1210, 30 jul., 2008.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COMO DESENCADENADOR DE NEUROPATIAS DEGENERATIVAS: OLHAR SOB A NEUROLOGIA



**SCHMIDT, Ezequiel Raimundi; OLIVEIRA, Laura Mingotti; LORENZI, Eduarda;
DA LUZ, Caroline Andreola; DEMARCO, Bruno Antonio**

URI Erechim – ezequielraimundi@gmail.com; auramingotti@hotmail.com; duuda_lorenzi@hotmail.com;
carol.andreola98@gmail.com; brunodemarco2@gmail.com.

INTRODUÇÃO

As possíveis causas do surgimento de doenças neurodegenerativas estão relacionadas com aspectos genéticos, má alimentação, sedentarismo e fatores ambientais. Dentro desta última condição está o traumatismo cranioencefálico (TCE) como fator desencadeador da perda progressiva de neurônios. O TCE é descrito como uma polipatologia, visto que as suas consequências a longo prazo apresentam como consequência Encefalopatia Traumática Crônica (ETC) e aumento do desenvolvimento de patologias como a doença de Alzheimer (DA) ou a angiopatia amilóide cerebral (AAC) (DIONÍSIO, 2020).

Para isso, dando o apoio e acolhimento necessário aos pacientes, há a necessidade da clínica neurológica. Diante disso, o objetivo deste trabalho é oferecer recursos bibliográficos sobre os efeitos do TCE no desenvolvimento de neuropatias degenerativas no contexto que abrange a Neurologia.

METODOLOGIA

O presente resumo expandido constitui-se de uma revisão de literatura integrativa, construindo a partir de artigos publicados nos anos de 2013 e 2020, foram selecionados os textos que envolvam informações relacionadas à relação causa-efeito entre um traumatismo cranioencefálico e o estabelecimento de neurodegeneração crônica, identificando os possíveis fatores responsáveis, com ênfase na didática clínica da neurologia. Nesse sentido, para a busca de artigos e dados utilizou-se a plataforma digital PubMed e Scielo. Além disso, foram utilizados livros texto que abordam o traumatismo cerebral com ênfase para clínica neurológica. Os principais descritores utilizados foram traumatismo cranioencefálico e neurodegeneração.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O traumatismo cranioencefálico é consequência da aplicação de forças mecânicas na cabeça de forma direta ou indireta que leva a perda de consciência e/ou memória sendo classificada de acordo com a escala de Glasgow em leve, moderada ou severa (DIONÍSIO, 2020)

Analisando-se 32 estudos observacionais com uma ampla abrangência de indivíduos participantes, traumatizados e não traumatizados, constatou-se que indivíduos que sofreram TCE possuem risco de desenvolver demência aumentado em

63% se comparados a indivíduos não-traumatizados, enquanto que 51% dos traumatizados apresentam risco aumentado para Doença de Alzheimer (DA) (DIONÍSIO, 2020)

As principais encefalopatias que são possivelmente desencadeadas pelo TCE são: encefalopatia traumática crônica, doença de Alzheimer e a angiopatia amilóide cerebral (DIONÍSIO, 2020). A mais estudada é a ETC que se caracteriza por ser uma taupatia, que continua a se desenvolver mesmo com a interrupção do estímulo (impactos) tendo como fatores agravantes a idade do indivíduo, extensão da lesão, natureza e timing da lesão e fatores genéticos. Já a DA, apesar de ser uma doença de etiologia totalmente desconhecida, provoca uma deterioração global, irreversível e progressiva das funções cognitivas do paciente. Embora essa doença tenha diversos fatores desencadeantes de neurodegeneração, o TCE moderado a grave tem sido o fator de risco ambiental mais apontado para o desenvolvimento da DA. Estudos realizados com veteranos da Segunda Guerra Mundial revelou que todos os indivíduos que sofreram TCE apresentavam risco dobrado de desenvolver DA, sendo esse risco proporcional à gravidade do trauma. A Angiopatia Amilóide Cerebral é uma forma de amiloidose microvascular observada principalmente em adultos com mais de 55 anos, se dá pela deposição de Amilóide- β em pequenos vasos cerebrais que leva a múltiplas hemorragias nos lobos cerebrais e, conseqüentemente, a um comprometimento cognitivo. Embora os critérios de diagnósticos dessa doença não sejam totalmente aceitos, constatou-se que 66% dos indivíduos portadores de AAC antes dos 55 possuíam histórico de TCE severo em idade pediátrica, trazendo uma possível correlação entre TCE em idade pediátrica e o desenvolvimento de AAC em idade precoce (DIONÍSIO, 2020).

Embora muito complexas, podemos destacar e conhecer as principais etapas existentes entre o traumatismo inicial e a degeneração neuronal em si (DIONÍSIO, 2020). A primeira etapa desse ciclo patológico é a injúria inicial, ou seja, o trauma leva a um estriamento e cisalhamentos dos neurônios causando uma “lesão axonal difusa”. A segunda etapa cursa com danos vasculares de células endoteliais, aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica e desequilíbrio na vasodilatação e vasoconstrição (DIONÍSIO, 2020).

Secundário a esses dois fenômenos, ocorre a neuroinflamação causada pela ativação de células locais, migração, ativação e recrutamento de leucócitos, havendo liberação de mediadores inflamatórios (DIONÍSIO, 2020). Nessa cascata inflamatória ocorre a hiperfosforilação da proteína Tau. Essa proteína estrutural dos microtúbulos ajuda na estabilização desses e melhora o transporte celular neuronal. Acredita-se que a hiperfosforilação da proteína Tau resulte de um desequilíbrio de suas cinases e fosfatases, o que causa uma diminuição da sua afinidade pelos microtúbulos. Outro fator integrante desta cascata é o estresse oxidativo, caracterizado pelo desequilíbrio entre a produção de radicais livres e antioxidantes endógenos. Sendo assim, um TCE pode levar ao aumento do estresse oxidativo de várias maneiras, entre elas a oxidação da hemoglobina extravasada, formação de peroxinitrito, peroxidação lipídica, entre outras formas (DIONÍSIO, 2020).

O acúmulo de Amilóide- β é outra característica bastante conhecida para doenças neurodegenerativas após traumatismos cranioencefálicos (DIONÍSIO, 2020). Em estudos realizados, foi possível detectar depósitos de Amilóide- β a partir de 2 a 4 horas após o TCE em pacientes jovens. Na doença de Alzheimer, a hipóxia pode aumentar acentuadamente a deposição de Amilóide- β e potencializar a perda de memória, devido ao aumento da expressão gene BACE1 que regula a produção de Amilóide- β . Acredita-

se que esse mesmo mecanismo ocorra no TCE, uma vez que a hipóxia é um componente da cascata desencadeada com o trauma (DIONÍSIO, 2020).

CONCLUSÕES

Em virtude do que foi exposto acima neste resumo expandido, é possível concluir que indivíduos que sofrem traumatismo cranioencefálico possuem maiores chances de desenvolver demências (DIONÍSIO, 2020). Nesse sentido, o acúmulo de muitos TCEs leves ao longo da vida proporcionam o surgimento de doenças degenerativas que por serem leves são de difícil diagnóstico precoce. Desse modo, o TCE é apontado como principal fator de risco ambiental para o desenvolvimento da doença de Alzheimer. Como também, o TEC em crianças está relacionado com o desenvolvimento de Angiopatia Amilóide Cerebral em idade precoce. Além disso, outra causa de doenças neurodegenerativas é o acúmulo de Amilóide- β , sendo essa encontrada em depósitos após o TCE em pacientes jovens traumatizados (DIONÍSIO, 2020).

REFERÊNCIAS

DAVID, C. A. Traumatismo Cerebral. In: JONES, H.R. **Neurologia de Netter**. Porto Alegre: Artmed.

DIONÍSIO, Daniela Venâncio. **Traumatismo cranioencefálico como fator desencadeador de neurodegeneração crônica**. Dissertação (Mestrado) Universidade Beira Interior, Covilhã, Portugal, 2020. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/10705>. Acessado em: 6 out. 2021.

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E PSICOPATIA EM SERIAL KILLERS À LUZ DA PSIQUIATRIA FORENSE



**OMAIRI, Gabriela Coppetti; ADAMES, Debora Bauels;
CUNHA, Maria Luiza Moratelli; LAZZAROTTO, Gabriel;
PEREIRA, Jéssyca Christina Ribeiro; PERIN, Giulia Laís; SOLEK, Camila;
TEDESCO, Gustavo de Moraes; SARTORI, Giana Lisa Zanardo**

URI Erechim - gabiomairi00@gmail.com; Solekmyla@gmail.com; debibadames@gmail.com;
lazzarotto.gab@gmail.com; giuliaperin03@gmail.com; gustavo.m.tedesco@gmail.com;
jribeiro007@hotmail.com; marialcunha16@gmail.com; sgiana@uricer.edu.br.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo esclarecer os transtornos de personalidade e a psicopatia assim como sua relação no desenvolvimento de um serial killer, no âmbito da psiquiatria forense. Diversas definições já foram dadas à psicopatia. O CID-10, Classificação Internacional de Doenças, define como “transtorno de personalidade em adultos”. Para ampliar ainda mais o conceito, faz-se necessário buscar a definição da American Psychiatric Association (2014): o transtorno de personalidade antissocial apresenta um padrão difuso de indiferença e violação dos direitos de outros indivíduos. Este transtorno de personalidade específico está relacionado ao comportamento psicopático e, frequentemente, pode ser evidenciado em um grupo específico: os assassinos em série (serial killers), criminosos de perfil psicopatológico caracterizado por uma sequência de assassinatos em um determinado período de tempo.

2 METODOLOGIA

A pesquisa consistiu em revisão bibliográfica de 08 (oito) artigos científicos publicados no período de 1940 a 2021, nas plataformas Scielo e PubMed, e revistas de universidades americanas, bem como referências de livros e filmes, direcionados a compreensão e análise dos transtornos de personalidade, da psicopatia e dos serial killers, na visão da psiquiatria forense.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os transtornos de personalidade (TP) são distúrbios do desenvolvimento da psique humana. De acordo com Mazer *et al.* (2017), de 9 a 15% dos adultos apresentam pelo menos um transtorno de personalidade, e comumente pessoas com TP têm um repertório limitado de emoções, atitudes e comportamentos para lidar com os desafios do dia-a-dia, apresentando respostas desadaptativas frequentemente. A personalidade pode ser influenciada tanto por fatores genéticos e biológicos quanto por fatores ambientais. O abuso e a negligência podem ser fatores ambientais muito influenciáveis, especialmente na infância.

A negligência e os maus-tratos recebidos por uma criança em que o cérebro está sendo esculpido pela experiência induz a uma anomalia da circuitaria cerebral,

podendo conduzir à agressividade, hiperatividade, distúrbios de atenção, delinquência e abuso de drogas (MORANA; STONE; ABDALLA-FILHO, 2006).

No plano forense, é importante principalmente a análise do transtorno de personalidade antissocial dentro do espectro dos TP. De acordo com Morana, Stone e Abdalla-filho (2006), esse tipo de transtorno é marcado pela indiferença ao sentimento alheio, e, quanto mais profunda essa indiferença, o antissocial pode adotar um comportamento criminal frequente. Nestes casos, o antissocial assume o feitiço de psicopata. Logo, o antigo termo 'psicopatia' enquadra-se como transtorno de personalidade antissocial, e, segundo o CID-10 da Organização Mundial de Saúde, nesse transtorno frequentemente ocorre uma diferença visível entre o comportamento do sujeito e as normas estabelecidas socialmente.

O retrato por vezes estereotipado do psicopata pode lembrar personalidades como Hannibal Lecter, ou Alex, de Laranja Mecânica (KUBRICK, 1971). No entanto, boa parte dos psicopatas está presente no dia-a-dia, disfarçados de pessoas comuns. Apesar de, em alguns casos, parecerem pessoas bem sucedidas, os psicopatas são desonestos, manipuladores e mentem com frequência para benefício próprio. São incapazes de realizar planos ou manter relações íntimas por não aprenderem com seus erros (LAGOS; SCAPIN, 2017), além de apresentarem sinais como autoestima inflada, mentira patológica e estilo de vida parasitário, como apontam Morana, Stone e Abdalla-filho (2006).

Agora, em relação aos serial killers, são diversas as definições que se encontram sobre o termo. Como apontado por Lagos e Scapin (2017), a definição mais utilizada do termo foi dada em 1998, por Egger: para ser considerado um assassino serial, o criminoso deve cometer o segundo assassinato em um diferente momento do primeiro e não há relação entre agressor e vítima. Ademais, os homicídios posteriores não se relacionam com o primeiro. Não é raro estes sujeitos matarem suas vítimas com requintes de crueldade. Como apontam Morana, Stone e Abdalla-filho (2006), existe uma correlação entre psicopatia e o transtorno sádico de personalidade: dos serial killers psicopatas, 93% apresentam também transtorno sádico. Para mais, conforme Hazelwood e Michaud (2001), a maioria dos serial killers se comportam de forma sexualmente sádica. O sadismo surge como um contraveneno para a experiência do abuso, o que torna a vítima em futura agressora (MORANA; STONE; ABDALLA-FILHO, 2006).

Cabe aqui esclarecer que a grande maioria dos serial killers é psicopata, como apontado por Morana, Stone e Abdalla-filho (2006), mas nem todos os psicopatas tornam-se serial killers. Algo cruel dos assassinos em série é a preferência por fazer vítimas aqueles que estão desamparados, como prostitutas, moradores de rua e crianças perdidas (VELLASQUES, 2008 *apud* LAGOS; SCAPIN, 2017). Outra peculiaridade do serial killer é o *modus operandi* adotado em seus crimes, que é uma espécie de ritual para o facínora. Casoy (2002) define que o *modus operandi* é definido pela arma utilizada no crime, o perfil da vítima e o local do homicídio.

Estas preferências do psicopata agem como uma assinatura deixada no local do crime, uma pista que facilitará rastrear seu perfil e, com sorte, capturá-lo, impedindo que continue seu horroroso rastro de assassinio. No tocante ao enquadramento no Código Penal Brasileiro, os indivíduos psicopatas são classificados ora como imputáveis, ora como semi-imputáveis, a depender da sua capacidade de entender o caráter ilícito do seu ato ou omissão (BRASIL, 1940).

Depreende-se finalmente que, do ponto de vista forense, ao antissocial diagnosticado cabe a nomeação de psicopata quando este comportamento

antissocial faz sofrer aos outros, muitas vezes de forma criminosa. A psicopatia é a condição mais grave de desarmonia na formação da personalidade. O serial killer, por sua vez, não necessariamente é antissocial ou psicopata, apesar de essa associação ocorrer na maioria esmagadora dos casos. A partir dessas considerações, nota-se a importância de aprofundar os estudos sobre os transtornos de personalidade e a psicopatia, justamente para identificar o desenvolvimento de um serial killer.

4 CONCLUSÃO

Diversos termos são utilizados dentro da linguagem popular como sinônimos de um indivíduo com transtorno de personalidade anti social. A partir da presente revisão, estabeleceu-se a distinção entre esses termos, comumente utilizados quando se trata da psiquiatria forense. Ainda, a partir da qualificação dessas expressões, foi possível analisar o perfil do transtornado, bem como os fatores que influenciaram no desenvolvimento daquela personalidade para, assim, identificar atitudes, comportamentos e peculiaridade típicas dessa população.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

CASOY, I. **Serial Killer: louco ou cruel?** São Paulo: Madras, 2002.

HAZELWOOD, R.; MICHAUD S.G. **Dark dreams: sexual violence, homicide and the criminal mind**. New York: St Martin's Press, 2001.

LAGOS, A.; SCAPIN, A. Transtornos de personalidade antissocial e serial killers: uma revisão da produção acadêmica (2007-2017). **Uningá Journal**, v. 53, n. 1, july, 2017. Disponível em <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1409>. Acesso em: 12 out. 2021.

LARANJA MECÂNICA. Direção: Stanley Kubrick. Produção de Stanley Kubrick. Estados Unidos: Warner Bros, 1971. Disponível em: <https://www.culturagenial.com/filme-laranja-mecanica-de-stanley-kubrick>. Acesso em: 20 out. 2021

MAZER, A.K.; MACEDO, B.B.D. Transtornos da Personalidade. **Portal de Revistas da USP**, v.50, supl.1, p. 85-97, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127542/124636>. Acesso em: 14 out. 2021.

MORANA, H.; STONE, M. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.28, Supl II, p.S74-9, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbp/a/Mf_z4QLyYLQDpdcXBM7phzd/?lang=pt. Acesso em: 12 out. 2021.

TUMOR EXTRAGONADAL DE CÉLULAS GERMINATIVAS PRIMÁRIO NÃO SEMINOMATOSO DO MEDIASTINO

FAVERO, Talita Cristina; CASTANHO, Alison Roberto; WILK, Adriana Elisa
URI Erechim – fgatalita.favero@gmail.com; castanho.oncologia@gmail.com; adrianawilk@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Os tumores de células germinativas (TCGs) são as neoplasias malignas mais comuns diagnosticadas em homens de 15 a 40 anos (FELDMAN *et al.*, 2008), sendo classificados como extragonadais se não houver evidência de um tumor primário nos testículos ou ovários (KANTOFF, 2021). Os tumores extragonadais de células germinativas (TECGs) representam 2% a 7% de todos os tumores de células germinativas, com aproximadamente 25% a 50% deles surgindo no mediastino (1% a 4% de todos os tumores de células germinativas) (KESLER *et al.*, 2009). Os TECGs primários não seminomatosos do mediastino têm um prognóstico geral ruim, em comparação com os tumores de células germinativas de origem gonadal e seminomas mediastinais primários, com uma sobrevida global estimada em 45% dentro de 5 anos (CASO *et al.*, 2020).

O prognóstico ruim destes tumores, em comparação com o câncer testicular não seminomatoso, é atribuído a vários fatores, incluindo um aumento da incidência de resistência à cisplatina, que pode estar relacionado ao aumento da frequência de alterações no gene TP53 e uma propensão para diferenciação em doenças malignas somáticas secundárias, incluindo neoplasias hematológicas (NICHOLS *et al.*, 1990). TECGs primários não seminomatosos do mediastino também estão associadas à síndrome de Klinefelter (SK) e parecem ocorrer em uma idade mais precoce nesses pacientes (NICHOLS *et al.*, 1987).

Sendo assim, compreendendo a relevância do tema e diante das novas perspectivas em relação ao manejo clínico da patologia, entende-se pertinente uma revisão teórica a respeito dos tumores extragonadais de células germinativas primários não seminomatosos do mediastino.

2 METODOLOGIA

O presente resumo expandido compreende uma breve revisão de Literatura Integrativa, utilizando-se de artigos, livros e publicações que envolvam informações referentes aos tumores extragonadais de células germinativas primários não seminomatosos do mediastino. Para a busca de artigos, utilizou-se plataformas de dados digitais como Pubmed, Scielo e Science Research, além de bases de dados em literatura médica como MedScape e UpToDate.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a embriogênese humana, as células germinativas primordiais originárias do endoderma primitivo migram entre a quarta e sexta semana da vida embrionária para a crista urogenital. Ao longo deste percurso, uma pequena fração

destas células totipotenciais pode se deslocar erroneamente a sítios extragonadais, com subsequente transformação maligna (COUTO *et al.*, 2006). Por este motivo, TEGGs primários podem se localizar em basicamente qualquer estrutura ao longo da linha média do corpo, do cérebro ao cóccix. No entanto, as localizações anatômicas mais comuns são representadas pelo mediastino, retroperitônio e cérebro (RONCHI *et al.*, 2019). Embora os TEGGs sejam morfológicamente idênticos aos seus homólogos gonadais, o conhecimento atual sobre essas neoplasias mostra que os tumores extragonadais representam uma entidade única e sua biologia é substancialmente diferente daquela encontrada em seus homólogos gonadais (RONCHI *et al.*, 2019).

3.1 Diagnóstico

TEGGs primários não seminomatosos do mediastino estão, muitas vezes, sujeitos a serem diagnosticados erroneamente, em função de seus sintomas clínicos inespecíficos (LIU *et al.*, 2014). A palpação testicular no exame físico não é suficiente para excluir um TEGG primário de origem testicular. Em função disso, a ultrassonografia deve ser realizada em todos os pacientes. Pode ser difícil distinguir TEGGs verdadeiros de tumores metastáticos em que o a lesão gonadal primária tenha regredido. Porém, TEGGs primários ocorrem na região anterior do mediastino, enquanto os TEGGs testiculares raramente metastatizam para o mediastino anterior (KANTOFF, 2021).

Os marcadores biológicos mais comumente aumentados em TEGGs não seminomatosos incluem a alfafetoproteína (α FP), gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) e lactato desidrogenase (LDH) (COUTO *et al.*, 2006). Em geral, quando os marcadores tumorais estão elevados, o diagnóstico histológico é recomendado. A histologia tumoral deve ser confirmada após exames de imagem apropriados (ultrassom testicular - necessário para descartar lesão de origem testicular-, seguido de tomografia computadorizada/ressonância magnética) (BUSCH *et al.*, 2016).

3.2 Prognóstico

O tipo histológico encontrado na lesão é o mais importante fator prognóstico de TEGGs primários em adultos, sendo que o subtipo seminoma apresenta uma taxa de sobrevivência expressivamente maior (cerca de 90%) quando comparado ao subtipo não seminomatoso (cerca de 45%). Em pacientes adultos com TEGG não seminomatoso, o estadiamento clínico e patológico, a localização primária mediastinal, aumento de β - hCG sérico e a presença de metástases viscerais não pulmonares são fatores prognósticos ainda mais independentes relacionados à menor sobrevida (GILIGAN *et al.*, 2010; RONCHI *et al.*, 2019).

3.3 Tratamento

Bleomicina, etoposídeo e cisplatina (BEP) têm sido tradicionalmente usados como o regime de quimioterapia de primeira linha para pacientes com TEGG, inclusive do tipo não seminomatoso do mediastino (KANTOFF, 2021). No entanto, um importante e contundente estudo apontou que a combinação de quimioterapia com bleomicina foi associada a complicações pulmonares e pós-operatórias gerais em pacientes com a patologia e submetidos à ressecção de tumor (CASO *et al.*, 2020). Assim, considerando que muitos dos pacientes com TEGG primário não

seminomatoso do mediastino serão ainda submetidos a uma toracotomia ou esternotomia posterior para ressecção de tumor residual (o que pode exigir exposição prolongada a altas pressões de oxigênio durante a cirurgia, podendo provocar pneumonite relacionada à bleomicina) o tratamento em quatro ciclos de etoposídeo, ifosfamida e cisplatina (VIP) têm sido preconizado por um expressivo grupo de oncologistas (KANTOFF, 2021). O acompanhamento clínico subsequente destes pacientes deve incluir uma tomografia computadorizada de tórax a cada 2 meses no primeiro ano, a cada 4 meses no segundo e a cada 6 meses do terceiro ao quinto ano (BUSCH *et al.*, 2016).

O sucesso terapêutico da abordagem multimodal (quimioterapia combinada com ressecção residual do tumor) foi avaliado em uma série de casos incluindo 278 pacientes com "mau prognóstico", dos quais 97% eram inicialmente tratados com quimioterapia (HARTMANN *et al.*, 2000). Foi observada remissão completa após a quimioterapia em 19% dos casos, além de obtenção de marcadores tumorais negativos e remissão parcial da doença em outros 45% dos casos. Em 143 pacientes (50%) uma ressecção tumoral residual foi realizada. A progressão de tempo de vida livre de doença (TVLD – em 5 anos) e as taxas de sobrevida global (TSG) em 5 anos foram de 44% e 45%, respectivamente (BUSCH *et al.*, 2016).

4 CONCLUSÕES

Os TEGCs primários não seminomatosos do mediastino são tumores raros e têm um pior prognóstico em relação aos tumores com histologia seminomatosa. Esses tumores representam um desafio para as mais experientes equipes oncológicas, de modo que o tratamento com uma abordagem multidisciplinar e em um centro especializado podem otimizar os resultados do paciente. Além disso, a abordagem multimodal, incluindo quimioterapia e ressecção cirúrgica combinadas, é capaz de garantir maior sucesso terapêutico e tempo de sobrevida global aos pacientes com TEGC primário não seminomatoso do mediastino.

REFERÊNCIAS

BUSCH, J.; SEIDEL C.; ZENGERLING, F. Male Extragonadal Germ Cell Tumors of the Adult. **Oncol Res Treat.**, v.39, n.3, p.140-4, 2016.

CASO, R. *et al.* Outcomes After Multidisciplinary Management of Primary Mediastinal Germ Cell Tumors. **Ann Surg.**, v.10, p.1097, 2020.

COUTO, W.J.; GROSS, J.L.; DEHEINZELIN, D.; YOUNES, R.N. Tumores de células germinativas primários do mediastino. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.52, n.3, jun., 2006.

FELDMAN DR *et al.* Medical treatment of advanced testicular cancer. **Jama-Journal of the American Medical Association**, v.299, n.6, p.672-684, 2008.

HARTMANN JT *et al.* Hematologic disorders associated with primary mediastinal nonseminomatous germ cell tumors. **J Natl Cancer Inst**, n.92, p. 54-61, 2000.

KANTOFF, WK. Extragonadal germ cell tumors involving the mediastinum and retroperitoneum. **UpToDate**, jan., 2021.

KESLER, K.A.; EINHORN, L.H. Multimodality treatment of germ cell tumors of the mediastinum. **Thorac Surg Clin.**, v.19, n.1, p.63-69, 2009.

LIU, Y.; WANG, Z.; PENG, Z.M.; YU, Y. Management of the primary malignant mediastinal germ cell tumors: experience with 54 patients. **Diagn Pathol.**, v. 9, p.33, 2014.

NICHOLS, C.R. *et al.* Hematologic neoplasia associated with primary mediastinal germ-cell tumors. **N Engl J Med.**, v.322, n.20, p.1425-1429, 1990.

NICHOLS CR *et al.* Klinefelter's syndrome associated with mediastinal germ cell neoplasms. **J Clin Oncol.**, v.5, n.8, p.1290-1294, 1987.

RONCHI A. *et al.* Extragonadal germ cell tumors: Not just a matter of location. A review about clinical, molecular and pathological features. **Cancer Med.**, v.8, n.16, p.6832-6840, 2019.

