

12 A 14 DE SETEMBRO

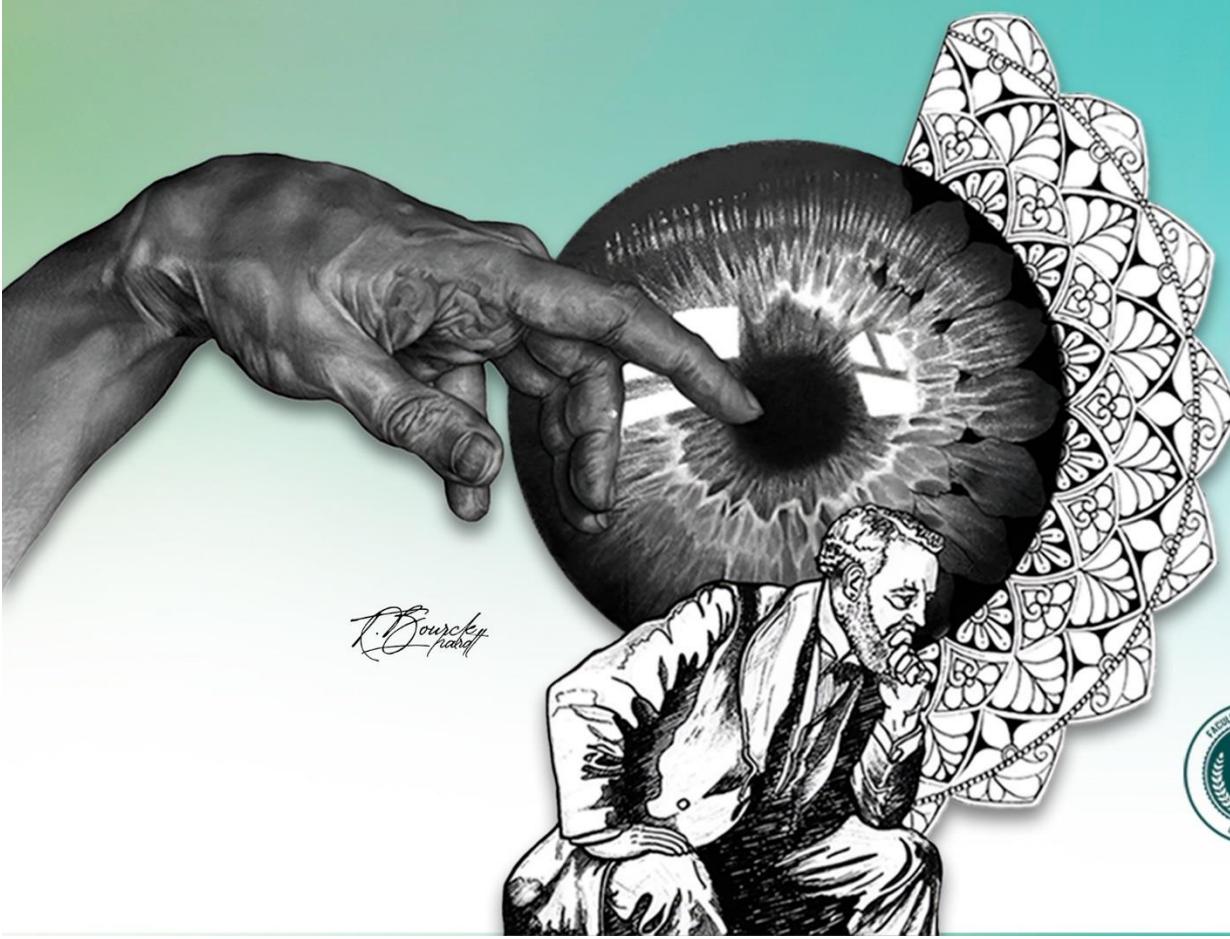
5ª JORNADA ACADÊMICA

MEDICINA

3º INTERLIGAS MED URI, 3º SALÃO CIENTÍFICO E
3ª MOSTRA FOTOGRÁFICA VIRTUAL “MEDICINA E ARTE”
1º PRÊMIO BASTÃO DE ASCLÉPIO

“O essencial para o médico na prática da...”

ANAIIS 2022



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

J82e Jornada Acadêmica Medicina (5: 2022 : Erechim, RS)

O essencial para o médico na prática da ... [recurso eletrônico] / Anais [da] V Jornada Acadêmica [de] Medicina; III Interligas MED URI; III Salão Científico; III Mostra Fotográfica Virtual Medicina e Arte; I Prêmio Bastão de Asclépio. – Erechim, RS: 2022.

1 recurso online.

Modo de acesso: <http://www.uricer.edu.br/edifapes>

Editora EdiFapes (acesso em: 20 nov. 2022).

ISBN 978-65-88528-38-9

Com anais / III Mostra Fotográfica Virtual Medicina e Arte – Anais / III Salão Científico - Anais / III Interligas MED URI – Anais / Prêmio Bastão de Asclépio

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

1. História - medicina 2. Trabalhos científicos 3. Patologias I. Título

C.D.U.: 61(063)

Catálogo na fonte: bibliotecária Sandra Milbrath CRB 10/1278



EDIFAPES

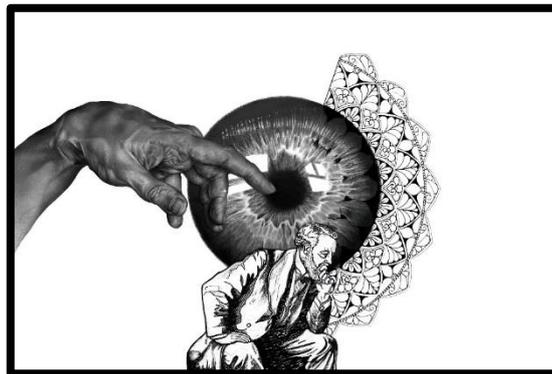
Livraria e Editora

Av. 7 de Setembro, 1621

99.709-910 – Erechim-RS

Fone: (54) 3520-9000

www.uricer.edu.br



“O ESSENCIAL PARA O MÉDICO NA PRÁTICA DA...”

A arte que ilustra a 5ª Jornada Acadêmica do Curso de Medicina é inspirada na obra “The Doctor” (1891), de autoria de Sir Luke Fildes. À primeira vista, somos testemunhas do estimado médico que na pintura original está fortemente comprometido com o cuidado de uma pobre criança doente, munido apenas de seu profissionalismo e talvez de um arsenal limitado de alívios sintomáticos. À época, sua inteligência e entrega eram inquestionáveis, mas pelos padrões de hoje, suas contribuições para mudar o curso dos acontecimentos são tão escassas quanto as posses físicas da família capturada na obra. Desde 1891 até os dias atuais, o papel social do médico evoluiu de um provedor de compaixão para uma pessoa de ciência e habilidade. Fildes, no entanto, escolheu cuidadosamente sua mensagem em “The Doctor”, fornecendo uma homenagem atemporal, poderosa e icônica à profissão médica, bem como um lembrete duradouro de que a relação médico-paciente deve ser mantida ao centro.

O toque, ilustrado à esquerda, é uma forma dominante de comunicação não-verbal usada no atendimento clínico. Embora o foco usualmente esteja direcionado para a linguagem corporal e o uso de gestos, o exame físico é um processo dinâmico de engajamento e, portanto, devemos nos lembrar de desenvolver a intimidade do toque. Quando examinamos um paciente, por exemplo, percebemos em vários níveis - não apenas a presença ou ausência de sinais físicos, mas também o conforto e o estado emocional deste. Por sua vez, o paciente nos responde – lendo nossas expressões faciais, interpretando a pressão de nossos dedos e respondendo à gentileza (ou à falta dela) para informar como ele irá proceder na consulta. Essa troca



muitas vezes acontece em um nível inconsciente, mas a consciência e a atenção a essas sutilezas podem dar uma importante contribuição para a conexão humano-humano da medicina.

A rotina, por vezes, pode fazer com que nos concentremos predominantemente nos fatos concretos e rápidos dessa troca, muitas vezes esquecendo que a ciência é apenas metade da equação. A medicina é um amálgama perfeito de ciência e arte, lógica e intuição, saber técnico e comunicação. Conhecimentos e habilidades médicas são indicadores óbvios de proficiência clínica, mas tão importantes são a compaixão e a comunicação. Um mantra osleriano que ouvimos com frequência nas salas de aula e corredores de hospitais é “trate o paciente, não a doença”. Em outras palavras, devemos nos esforçar não apenas para diagnosticar doenças e aliviar os sintomas, mas também a ver e ouvir as histórias dos pacientes, mitigar suas preocupações e confortar suas famílias.

Ao ouvir o paciente, o médico segue o fio da história, imagina contextos (biológico, familiar, cultural e existencial), reconhece os múltiplos e muitas vezes contraditórios significados das palavras utilizadas e os eventos descritos, e de alguma forma entra e é movido pelo mundo narrativo do paciente. Assim como na literatura, os atos de escuta diagnóstica mobilizam os recursos interiores do ouvinte – memórias, associações, curiosidades, criatividade, poderes interpretativos, alusões a outras histórias contadas por este narrador e outros – para identificar significados de forma integrada, como na mandala aqui representada.

Ouvir histórias de doenças e reconhecer que muitas vezes não há respostas claras para as perguntas narrativas dos pacientes exige coragem e generosidade para tolerar e testemunhar perdas injustas e tragédias aleatórias. A realização de tais atos de testemunho permite que o médico prossiga com suas tarefas narrativas clínicas mais reconhecíveis: estabelecer uma aliança terapêutica, gerar e proceder por meio de uma hipótese diagnóstica, interpretar corretamente os achados físicos, laboratoriais e de imagem, vivenciar e transmitir empatia pela experiência do paciente, e, como resultado de tudo isso, engajá-lo na obtenção de cuidados efetivos. (...)

Taina da Rosa Bourckhardt



APRESENTAÇÃO

É extremamente aprazível apresentar a 5ª Jornada Acadêmica de Medicina.

Decorreu, desde seu início, quase dois mil dias, onde ensaios sobre a ciência médica são publicizados àqueles que por ela se interessam (Está raro gostar de ler, hoje em dia).

Assim como o sangue é quem mantém a vida nos corpos por seus fluxos e caminhos, a leitura irriga a alma daqueles que são sedentos pelo conhecimento e saber, muito além da mera informação, muitas vezes sem nenhuma verdade.

Nesta edição, o leitor encontrará a polissemia que torna o saber dinâmico, às vezes até volátil, mas que, como o pulsar incessante de uma célula cardíaca, se une a seus pares para dar vida ao conjunto.

E dando vida a este conjunto, estão presentes mais de quarenta diferentes temas que orbitam o tempo e o espaço da ciência médica, e isso não permite que a leitura seja monótona.

Deverás! Com tantas temáticas, ninguém se cansará de ler!

Esse é o desejo a todos que, por intenção ou descuido, resolverem ler os artigos presentes nestes Anais!

Então, ótima leitura a vocês!

Prof. Carlos Antônio da Silva



SUMÁRIO

A PAISAGEM URBANA DO ENTORNO DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA.....	8
A PEDIATRIA EM ERECHIM, RS: REGISTRO HISTÓRICO INICIAL	11
A SÍNDROME DO IMPOSTOR E SUAS AUTOSSABOTAGENS EM ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA	14
AS TORCH E SEUS IMPACTOS AO RECÉM-NASCIDO.....	17
ATENÇÃO EM SAÚDE DO HOMEM NA PERSPECTIVA DE UMA POLÍTICA PERMANENTE, INCLUSIVA E UNIVERSAL.....	21
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O NARGUILÉ DE ESTUDANTES DO ENSINO FUNDAMENTAL II DE UMA ESCOLA PRIVADA DA CIDADE DE ERECHIM	24
AVALIAÇÃO DO USO DA PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA EM VIAS AÉREAS COMO FATOR DE INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DO SONO EM PACIENTES COM SAHOS GRAVE E EM SEUS PARCEIROS	27
BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA (BVA) E A SAZONALIDADE DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) NO BRASIL	30
BYPASS AXILO JUGULAR: UM RELATO DE CASO.....	34
CÂNCER DE ESTÔMAGO: UMA REVISÃO NARRATIVA	37
CETAMINA: UMA ALTERNATIVA PARA DEPRESSÃO RESISTENTE A TERAPÊUTICA	40
DA COLÔNIA AO CONTEMPORÂNEO: BREVE RELATO HISTÓRICO DO HOSPITAL SANTA ISABEL, DE GAURAMA, RS.....	43
DESENVOLVIMENTO DE EDEMA AGUDO PULMONAR DECORRENTE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTO.....	46
DIABETES <i>MELLITUS</i> GESTACIONAL: ENFOQUE NOS FATORES DE RISCO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	49
DOENÇA DE CROHN: UMA REVISÃO NARRATIVA.....	53



ESTUDO FARMACOBOTÂNICO DA GOIABEIRA SERRANA.....	57
EVIDÊNCIAS DA CORTICOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CHOQUE SÉPTICO COMO PREDITOR DE MENOR MORTALIDADE.....	61
FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA: DE UMA CASA HOSPITALAR EM MADEIRA A UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA REGIONAL.....	65
HERPES ZOSTER: UMA SÍNTESE GERAL DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DO TRATAMENTO DA DOENÇA.....	70
HIPERTIREOIDISMO GESTACIONAL: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE.....	73
IMPACTO DO USO DE MÁSCARAS FACIAIS DURANTE O EXERCÍCIO FÍSICO NA ERA COVID.....	77
IMPLICAÇÕES SOBRE A MEDICINA PRATICADA EM BATALHAS NO INÍCIO DO SÉCULO XX.....	80
LEPTOSPIROSE: ASPECTOS CLÍNICOS E SOCIAIS, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROFILAXIA.....	83
LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES E A RELAÇÃO COM OS IMPLANTES MAMÁRIOS.....	87
MICROBIOTA INTESTINAL E OS FATORES QUE INFLUENCIAM NO SISTEMA IMUNOLÓGICO DO LACTENTE.....	90
MONKEYPOX: O MEDO DE UMA NOVA PANDEMIA.....	94
NECROFILIA: A ATRAÇÃO SEXUAL POR CADÁVERES À LUZ DA PSIQUIATRIA FORENSE.....	97
OS RELATOS DE CHICO TASSO EM “MEU ERECHIM CINQUENTÃO”: VESTÍGIOS PARA PESQUISA EM HISTÓRIA DA SAÚDE NA REGIÃO DO ALTO URUGUAI (1929-1968): COMBATES NA REGIÃO E SOLUÇÃO PARA AUSÊNCIA DE MÉDICOS.....	101
OS RELATOS DE CHICO TASSO EM “MEU ERECHIM CINQUENTÃO”: VESTÍGIOS PARA PESQUISA EM HISTÓRIA DA SAÚDE NA REGIÃO DO ALTO URUGUAI (1929-1968) - MÉDICOS, HOSPITAIS E A PENICILINA.....	104



OS RELATOS DE CHICO TASSO EM “MEU ERECHIM CINQUENTÃO”: VESTÍGIOS PARA PESQUISA EM HISTÓRIA DA SAÚDE NA REGIÃO DO ALTO URUGUAI (1929-1968) - PARTEIRAS, “FARMACÊUTICOS”, REMÉDIOS ANTES DA PRESCRIÇÃO E ASSISTENTE DE MÉDICO.....	108
PANORAMA DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE	112
PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CURSO DE MEDICINA DA URI	116
RELAÇÃO ENTRE DERMATITE ATÓPICA E ALERGIAS.....	119
RELATO DE CASO: VARICELA-ZÓSTER NÃO COMPLICADA EM PACIENTE PEDIÁTRICO	122
RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: UMA REVISÃO NARRATIVA.....	126
SÍNDROME DA APNEIA-HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	129
SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS E INFERTILIDADE: UMA REVISÃO LITERÁRIA.....	132
SUICÍDIO ENTRE JOVENS INDÍGENAS: UMA REVISÃO NARRATIVA	135
TECIDO ADIPOSEO: UMA REVISÃO NO ÂMBITO ENDOCRINOLÓGICO E METABÓLICO.....	138
TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE: UMA PATOLOGIA AINDA POUCO CONHECIDA.....	141
VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 E TROMBOSE: É PRECISO SE PREOCUPAR?	144
VIOLÊNCIA CONTRA MULHER NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA.....	147
PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CURSO DE MEDICINA DA URI	150



A PAISAGEM URBANA DO ENTORNO DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA

GREGORIO, Danieli Martini

096668@aluno.uricer.edu.br

ZANIN, Elisabete Maria

emz@uricer.edu.br

ROCHA, Vanessa Tibola da

vanessarocha@uricer.edu.br

URI Erechim

INTRODUÇÃO

No princípio do século XX iniciou um movimento global de migração das áreas rurais para o espaço urbano, considerando um contexto global. A Organização das Nações Unidas (ONU) prevê que, até 2050 cerca de 70% das pessoas deverão estar vivendo em cidades (ONU, 2019). E, é evidente que a aglomeração de indivíduos no espaço urbano, resulta da alteração da paisagem natural que passará pela inserção de infraestruturas e equipamentos urbanos básicos para à sobrevivência, tais como: saneamento básico, energia, áreas verdes, mobilidade, habitação, educação, saúde, lazer entre outras.

Neste âmbito, questões como a constituição do espaço devem ser levadas em consideração, uma vez que, as cidades não devem ser compreendidas como espaços de acertos e erros ao que se refere ao planejamento urbano (JACOBS, 2000). A alteração da paisagem urbana deve ser orientada pela construção de lugares que, de acordo com Abud (2006), o conceito de lugar se refere aos espaços que oferecem às pessoas a oportunidade de encontro, de contemplação, de lazer e conforto. Compreender o lugar de entorno dos equipamentos urbanos, tais como hospitais, é importante para a história da cidade bem como a qualidade de vida dos habitantes da mesma.

Muitos são os equipamentos urbanos que oferecem segurança, conforto e bem estar à vida nas cidades. No entanto, o foco desta pesquisa é contextualizar a história da arquitetura e da paisagem no entorno, da área de implantação, da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim. A mesma foi fundada em 1927 e passou por algumas mudanças de locais de implantação e administrações. Até que, em 1936 a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, iniciou suas instalações no atual local (FHST, 2022). No contexto da época, o hospital encontrava-se distante das áreas urbanizadas da cidade, sem ruas pavimentadas, sem edificações de múltiplos usos em seu entorno urbano o que resultava em uma paisagem pouco consolidada.

Com base nas discussões apresentadas anteriormente, a presente pesquisa tem como questões de investigação: Como é a paisagem urbana do entorno da FHST, na cidade de Erechim? Quais transformações são evidenciadas na paisagem urbana, em função do hospital, ao longo dos anos?

METODOLOGIA

De acordo com Psidonik (2015), a década de 70 representou para Erechim uma mudança significativa na configuração do espaço urbano, isto, resultado do êxodo



rural – processo este que se identifica no contexto global. Com o aumento da população no espaço urbano a paisagem e a ocupação do solo precisam se adaptar as novas realidades/ necessidades. A cidade passa a ser o “centro das necessidades humanas”. O acesso à saúde é uma das diretrizes que atrai as pessoas para o espaço urbano e a edificação hospitalar representa o mesmo.

No entanto, mais do que ter hospitais no espaço urbano é necessário, também, assegurar o pronto atendimento de qualidade, gratuito, ter registros da história das edificações no contexto da paisagem urbano e oferecer acessibilidade no entorno urbano das edificações. Assim, a presente pesquisa contribui para o entendimento da paisagem urbana atual (2022) da FHST e, também, com o contexto da história da cidade. Uma vez que, as cidades podem serem consideradas como “um organismo vivo” (JACOBS, 2000). Os registros destas transformações são importantes para a melhor compreensão frente ao desenvolvimento das mesmas.

A pesquisa é classificada, de acordo com Gil (2002), como exploratório e descritivo. E, com o intuito de responder aos questionamentos da pesquisa os procedimentos metodológicos foram organizados em etapas, conforme segue: 1º Etapa: Pesquisa bibliográfica frente ao entendimento da paisagem urbana, autores base para à análise (ABBUD, 2006; LYNCH, 1997); 2º Etapa: Estudo da morfologia urbana incluindo registros fotográficos e levantamento de dados do entorno imediato do hospital; 3º Etapa: Desenvolvimento de mapas para análise e diagnóstico da área de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compreender a paisagem urbana é necessário entender o conceito de lugar (ABBUD, 2006). O espaço urbano deve oferecer “lugares” de encontro, trocas, vivências e experiências para que as pessoas possam socializar. O entorno das edificações institucionais, tais como: escolas, hospitais entre outras deveria contemplar áreas verdes como praças e parque. No entanto, esta é uma realidade distante para muitas cidades brasileiras.

O mapa de cheios e vazios (também chamado de Mapa Nolli) da quadra e seu entorno imediato, do local onde encontram-se implantadas as edificações da Fundação Hospitalar Santa Terezinha permitem observar que, o centro da quadra representa um vazio urbano, fator este que oferece melhores condições de ambiência urbana (MASCARÓ; MASCARÓ, 2009) para o entorno e as edificações presentes na quadra. O mapa da infraestrutura urbana apresenta a organização espacial das infraestruturas no entorno da FHST. Assim, é possível observar que existem acessos à edificação nas três vias (Rua Porto Alegre, Rua Itália, Rua Vinte de Setembro). Há apenas uma faixa elevada no entorno das vias, a qual está localizada na Rua Alemanha.

No cruzamento da Rua Alemanha com a Rua Vinte de Setembro é possível observar que, falta uma faixa de pedestre para maior acessibilidade e segurança dos mesmos. As paradas de ônibus estão localizadas na Rua Itália, via com maior movimento de veículos e pedestres e oferecem condições mínimas de uso, sendo necessária ampliação das mesmas, bem como vedação das estruturas laterais pois em dias chuvosos e frios este mobiliário urbano não oferece o melhor uso. O entorno urbano do hospital deveria oferecer áreas verdes para os pacientes e acompanhantes terem como alternativa áreas de recreação enquanto aguardam por atendimento, exames, consultas e o retorno as suas casas, conforme os pesquisadores na área de planejamento urbano enfatizam (ABBUD, 2006; LYNCH, 1997; JACOBS, 2000).



Os mapas de usos e de verticalização do solo urbano. É possível observar que, o uso do quarteirão e seu entorno imediato é predominantemente de uso residencial e misto. Além disso, as edificações apresentam (de modo geral) baixo gabarito de alturas, fator favorável para o acesso as condições ambientais urbana do entorno (MASCARÓ; MASCARÓ, 2009). Ainda, os usos mistos se caracterizam (em sua maioria) por edificações de uso residencial e no pavimento térreo há pequenos comércios que auxiliam no cotidiano do bairro centro. Ainda, há no entorno outras edificações de caráter institucional tais como: escolas e Unidade Básica de Saúde (UBS).

CONCLUSÕES

Pesquisas sobre a paisagem urbana e os equipamentos institucionais, tais como hospitais são emergentes para salvaguardar a história dos mesmos no contexto da cidade. O entorno urbano da FHST encontra-se, atualmente, em construção, poucas são as áreas/edificações consolidadas. Isso sugere que, a paisagem urbana poderá ser alterada ao longo dos anos oferecendo novos arranjos urbanísticos, os quais poderão oferecer maior verticalidade, fator este, que impacta diretamente nas questões de ventilação e iluminação natural do contexto urbano da área de implantação do edifício.

REFERÊNCIAS

- ABBUD, B. **Criando paisagens: guia de trabalho em arquitetura paisagística**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2006.
- FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA. **História**. Disponível em: <https://www.fhste.com.br/institucional/historia>. Acesso em: 13 ago. 2022.
- GIL, A. C. 1946. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- JACOBS, J. **Morte e Vida de Grandes Cidades**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- LYNCH, K. **A imagem da cidade**. São Paulo: Martins Pontes, 1997.
- MASCARÓ, L; MASCARÓ, J. J. **Ambiência Urbana**. 3. ed. Porto Alegre: Masquatro, 2009.
- ONU – Organização das Nações Unidas. **ONU prevê que cidades abriguem 70% da população mundial até 2050**. 2019. Disponível em: <https://unric.org/pt/onu-preve-que-cidades-abriguem-70-da-populacao-mundial-ate-2050/>. Acesso em: 13 ago. 2022.
- PSIDONIK, L. D. G. **O Município de Erechim e sua dinâmica regional a partir dos aspectos da saúde e educação superior**. 69 f. Monografia. Universidade Federal da Fronteira Sul. Erechim-RS, 2015.



A PEDIATRIA EM ERECHIM, RS: REGISTRO HISTÓRICO INICIAL

VITORELLO, ANA Carolina Zaffari
anacarolinavitorello@hotmail.com

ZANIN, Elisabete Maria
emz@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

A tarefa de promoção de saúde na infância tem origem, no Brasil, segundo referenciais históricos, junto à cultura indígena. Relatos de viagem, como os de Pero Vaz de Caminha, indicam que as crianças indígenas, ao contrário do padrão europeu, eram robustas, livres de moléstias e aparentavam serem mais fortes. Esses relatos também trazem a informação de que as mães indígenas zelavam com muito afeto a sua prole, tendo hábitos de higiene e de amamentação com seus recém-nascidos (PEREIRA, 2006).

No Brasil, a pediatria social teve início no século XIX, com o Doutor Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo. O contexto histórico do período correspondia a transição de um país que deixava de ser um Império e tornava-se República, onde atuavam médicos generalistas. Porém, com a demanda por mais conhecimento para atender as crianças e os movimentos de organização urbana, surgem os Médicos das Moléstias das Crianças (PEREIRA, 2006).

Em contraste com a realidade de pediatras especialistas em grandes centros brasileiros no início do século XX, muitos municípios interioranos receberam, apenas anos depois, seus primeiros Médicos das Crianças.

Neste contexto, o presente trabalho teve como objetivo identificar quem atendia e como eram atendidas em Erechim, RS as crianças no início do século XX, bem como identificar o primeiro médico especialista em pediatria estabelecido no município.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa bibliográfica, introdutória e exploratória com o uso de fontes primárias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Pediatria brasileira se originou com base nas escolas alemãs, francesas e americanas. No século XIX, estava aliada à puericultura que, nessa época, era de responsabilidade de parteiras e enfermeiras, apenas como alternativa de prevenção à saúde das crianças. A pediatria, por sua vez, era dirigida somente por médicos, que deveriam cuidar, unicamente, de crianças já enfermas, diferentemente da atualidade, em que cabe ao pediatra acompanhar o desenvolvimento infantil da criança, desde o nascimento até a sua entrada na adolescência (TONELLI, 2012).

Em Erechim, durante os primeiros anos do século XX, até por volta do final da década de 60, segundo Tasso (1968), eram as parteiras que davam as primeiras orientações sobre cuidados com os bebês. O autor relata, ainda, que as mortes eram escassas, porém, quando ocorriam, estavam relacionadas ao uso de "graxas" nos umbigos, que resultavam no "Mal dos Sete Dias". As parteiras também medicavam os bebês quando eram acometidos de dores de barriga. Recomendavam, para isso, chá



de erva-doce e massagens com azeite de oliveira morno. As verminoses, comuns na infância, eram combatidas com colares de dentes de alho, usados no entorno do pescoço. Outra recomendação para acalmar os bebês era a de colocar na boca deles uma “bonequinha” de pano molhada em água açucarada. A consequência, muitas vezes, eram os desarranjos que, na ausência de medidas severas, evoluíam para “Mal de Simiotto” (desnutrição crônica).

Em contraste às tradições culturais populares, o Dr. Figueiredo, formado em medicina no Brasil, realizou estágios e adquiriu conhecimentos sobre a infância durante viagens à Europa. Iniciou com as produções literárias pediátricas no Brasil, sendo o pioneiro no ensino de pediatria e fundou, na Policlínica do Rio de Janeiro, o primeiro curso regular de Pediatria. Posteriormente, em 1910, Fernando Figueira idealizou a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), e somente em 1931, com a Reforma Francisco Campos, durante a Era Vargas, a Pediatria foi reconhecida como especialidade médica. Em 1947, como produto da Jornada de Puericultura e Pediatria, houve a filiação entre a SBP e a Sociedade de Departamentos Estaduais de Pediatria, nacionalizando a SBP apenas em 1951 (PEREIRA, 2006).

Nesse contexto de nacionalização da SBP, houve um crescimento da formação de Pediatras no Brasil. Em consequência disso, dez anos após, o município de Erechim, no norte do estado do Rio Grande do Sul, recebeu seu primeiro pediatra, o Dr. Nilso Zaffari. Este, formado em 1965 pela Universidade Federal de Santa Maria e conluente da Residência de Pediatria pelo Hospital Morumbi, em São Paulo, abriu as portas do primeiro consultório pediátrico erechinense.

Conhecido como o Dr. das Crianças, tornou-se uma figura conhecida pela população, marcado pela sua pequena estatura e por carregar uma maleta preta nos atendimentos e distribuir pirulitos aos seus pequenos pacientes.

O Dr. Nilso Zaffari também foi um grande pilar na medicina Riograndense e buscou a melhoria na saúde pública (FINARDI; LOCHC, 2021). Ademais, ao final da década de 1970, ajudou a fundar o Banco de Sangue do Alto Uruguai. Entre outros feitos de Zaffari, pode-se citar o auxílio na fundação da Unimed Erechim, a qual presidiu durante o período de 1995 a 2004 e, em sua presidência, realizou alianças com hospitais regionais. Também formalizou o convênio com a Uniar (transporte de pacientes por meio de jatos e helicópteros). Com a sua carreira de sucesso no papel cooperativismo médico, atuou na vice-presidência da Unimed do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. Nilso envolveu-se na fundação da Unicred Erechim em 1996, participando da sua Diretoria até 2020. E, em 2018, em forma de Homenagem, a Unicred Erechim nomeou sua nova agência como “Agência Doutor Nilso Zaffari” (UNIMED ERECHIM, 2021).

CONCLUSÕES

A pediatria no Brasil é o produto de uma construção social que possibilitou a chegada dos conhecimentos sobre a infância em diferentes partes do território.

A evolução da pediatria teve como protagonismo a atenção preventiva e o acompanhamento infantil desde o nascimento, sendo contrária ao passado, onde fazia-se apenas um cuidado quando a criança encontrava-se doente.

O trabalho do pioneiro Dr. Nilso Zaffari tornou a medicina das crianças mais concreta e científica em Erechim, RS e região entorno, que até então, contava com diversos conhecimentos e tradições populares e religiosas para e sobre o cuidado na infância.



REFERÊNCIAS

FINARDI, R.; LOCHC, S. Morre em Erechim, aos 79 anos, o médico Nilso Zaffari. **Jornal Bom Dia**, Erechim, 18 dez. 2021.

PEREIRA, J. S. **História da Pediatria no Brasil de Final do Século XIX a Meados do Século XX**. 186f. 2006. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2006.

TASSO, C. (Benjamim Busato). **Meu Erechim cinqüentão**. Erechim: A Voz da Serra, [1968?].

TONELLI, E. Primórdios da pediatria brasileira. **Revista de Medicina**, v.22, n.1, Minas Gerais, 2012.

UNIMED ERECHIM. **Um Hospital com alma, corpo e arte**. Erechim, 2017.



A SÍNDROME DO IMPOSTOR E SUAS AUTOSSABOTAGENS EM ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

VIEIRA, Marcella Culau
099594@aluno.uricer.edu.br

MÜLLER, Nathana
019622@aluno.uricer.edu.br

COSTA, Antônio Augusto Iponema
antonioiponema@uri.com.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

A síndrome do impostor é cada vez mais apresentada na mídia e na literatura leiga como uma condição-chave de saúde comportamental que prejudica o desempenho profissional (SANTANA; TONON, 2020). Esses indicadores vão ao encontro do que muitos acadêmicos padecem em sua vida universitária, haja vista que, inúmeros estudantes, apresentam altos níveis de desempenho e se sentem menos capazes de identificar positividade em suas ações, prevalecendo o pensamento de que o seu sucesso possui fatores externos que não o da sua capacidade (CISCO, 2019). Alguns tendem a minimizar suas habilidades, menosprezar sua imagem e em consequência disso, desenvolver noções de possíveis fracassos, bem como autoavaliações negativas (MOATE *et al.*, 2019).

O presente trabalho tem como objetivo caracterizar a prevalência da Síndrome do Impostor em estudantes de medicina, utilizando da revisão bibliográfica como instrumento apoiador e atribuindo o devido valor a essa condição, visto que, essa síndrome está associada à autoestima e ao perfeccionismo, variáveis estas que afetam a saúde mental e bem-estar dos indivíduos (DI BARTOLO; LI; FROST, 2008).

METODOLOGIA

Esta revisão de literatura foi realizada a partir da busca de artigos no mês de agosto de 2022, nas bases de dados Pubmed, Google Acadêmico e SciELO, utilizando os descritores "Síndrome do Impostor", "autossabotagem" e "perfeccionismo". Foram revisados 13 (treze) artigos entre os anos de 1978 e 2021.

REVISÃO DE LITERATURA

Clance e Imes, em 1978, realizaram os primeiros relatos sobre a Síndrome do Impostor (SI) na literatura. Um estudo foi realizado e gerou um enorme número de mulheres que alegaram se considerarem impostoras, mesmo que tivessem sucesso acadêmico e profissional, assim como, por terem medo de serem descobertas enquanto a farsa que acreditavam ser. As autoras também verificaram que pessoas acometidas por essa síndrome, duvidam da própria capacidade intelectual, negando suas conquistas com as mais diversas justificativas que não a própria inteligência.

Além da definição de Síndrome do Impostor, aqueles que são afetados também podem ser denominados como "impostores", pois subestimam a própria inteligência, acreditam que suas capacidades são superavaliadas por outras pessoas e atribuem suas conquistas à sorte ou ao excesso de esforço, mesmo que seja possível alcançar



suas habilidades e competências (MATOS, 2014). Esta desordem psicológica não consta ainda no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) nem no CID (Código Internacional de Doenças).

Os principais sintomas da SI referem-se à descrença em relação à própria capacidade, a autossabotagem, a necessidade de aprovação alheia, a procrastinação, a mínima autoestima e o excesso do perfeccionismo (SOARES *et al.*, 2021; BEZERRA *et al.*, 2021).

Alguns autores identificaram a prevalência da síndrome em 30% dos estudantes da área da saúde, como medicina, odontologia, enfermagem e farmácia, sendo considerado o fator mais forte preditor de sofrimento psicológico em estudantes (QURESHI *et al.*, 2017). Os estudos de Ikbaal e Salim (2018) corroboram com dados de que a prevalência do fenômeno do impostor ocorre em 22,5% a 46,6% dos estudantes de medicina em uma faculdade particular. Além de que a maioria dos estudos não encontrou associação entre a doença e o ano letivo do acadêmico.

O perfeccionismo está associado ao aumento da incidência da Síndrome do Impostor, sugerido na literatura, a hierarquia na educação médica e a cultura geral da medicina podem perpetuar os sintomas, pois pedir ajuda e não saber a resposta pode ser interpretado como sinal de fraqueza nesse ambiente (DUDAU, 2014). Algumas características pessoais foram associadas a efeitos negativos na saúde mental, pois a cultura médica pode atenuar ou exacerbar essas características, afetando a formação da identidade profissional. Assim como contribuem no sofrimento de alunos durante os métodos de ensino utilizados na educação médica (VILLWOCK, 2016).

Dessa forma, de acordo com a psicóloga especialista em Terapia Cognitivo Comportamental Thaiana Filla Brotto (2017), o melhor caminho terapêutico é a busca por um profissional na área da psicologia, uma vez que esse especialista ajudará os indivíduos a reconhecer suas capacidades, limitar o perfeccionismo, aceitar elogios e não se comparar a ninguém.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o abordado, conclui-se que a incidência da Síndrome do Impostor em alunos do curso de medicina é relativamente alta, em virtude da cobrança excessiva do meio e da ideia de perfeição de alguns acadêmicos. Dessa maneira, o estudo teve o intuito de relacionar o conceito dos indicadores às causas e consequências da SI, visando que essa manifestação seja reconhecida previamente e não prejudique a carreira acadêmica, profissional e mental dos estudantes da área da saúde.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, T. C. G.; BARBOSA, L. H. G. M.; VIONE, K. C.; ATHAYDE, R. A. A.; GOUVEIA, V. V. Escala Clance do Fenômeno do Impostor: Adaptação Brasileira. **Psico-USF**, v. 26, n. 2, 2021.

BROTTO, T. F. Psicólogos Borrini. **Cinco dicas para acabar com a síndrome do impostor**, 2017. Disponível em: <https://www.psicologosberrini.com.br/blog/5-dicas-para-acabar-com-a-sindrome-do-impostor/>. Acesso em: 13 ago. 2022.

CISCO, J. Using academic skill set interventions to reduce impostor phenomenon feelings in postgraduate students. **Journal of Further and Higher Education**, v. 44, n. 3, p. 1- 15, 2019.



CLANCE, P. R.; IMES, S. A. The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, v. 15, n. 3, 1978.

DI BARTOLO, P. M.; LI, C. Y.; FROST, R. O. How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? **Cognitive Therapy and Research**, v. 32, n. 3, p. 401-417, 2008.

DUDAU, D. P. The relation between perfectionism and impostor phenomenon. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 127, p. 129-133, 2014.

IKBAAL, M. Y.; SALIM, N. A. M. Prevalence of impostor phenomenon among medical students in a Malaysian private medical school. **International Journal of Medical Students**, v. 6, n. 66, p. 66-70, 2018.

MATOS, P. A. V. C. de. **Síndrome do impostor e autoeficácia de minorias sociais**: alunos de contabilidade e administração. Dissertação: Mestrado em Controladoria e Contabilidade, Departamento de Contabilidade e Atuação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MOATE, R. M.; GNILKA, P. B.; WEST, E. M.; RICE, K. G. Doctoral Student Perfectionism and Emotional Well-Being. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, v. 52, n. 3, p. 1-11, 2019.

QURESHI, M. A.; TAJ, J.; LATIF, M. Z.; RAFIQUE, S.; AHMED, R.; CHAUDHRY, M. A. Imposter syndrome among Pakistani medical students. **Annals of King Edward Medical University**, v. 23, nv. 2, p. 107-111, 2017.

SANTANA, R. E.; TONON, T. C. A. Estresse ocupacional: desequilíbrio no exercício profissional de Enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.

SOARES, A. K. S.; NASCIMENTO, E. F.; CAVALCANTI, T. M. Fenômeno do Impostor e Perfeccionismo: Avaliando o Papel Mediador da Autoestima. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 116-135.

VILLWOCK, J. A.; SOBIN, L. B.; KOESTER, L. A.; HARRIS, T. M. Impostor syndrome and burnout among American medical students: a pilot study. **International Journal of Medical Education**, v. 7, p. 364-369, 2016.



AS TORCH E SEUS IMPACTOS AO RECÉM-NASCIDO



FREITAS, Rubia Finster
rubifreitass@hotmail.com

DEVENS, Fernanda
devensfernanda15@gmail.com

PECINI, Giliane
gilianepecini@gmail.com

CHINAZZO, Luciana Korf
lucianachinazzo@uricer.edu.br

DALBEM, Juliane Sauter
jsdalbem@hotmail.com
URI Erechim

INTRODUÇÃO

As infecções congênitas são causadas por patógenos que infectam a gestante e podem ser transmitidas ao feto atravessando a barreira placentária (SINGH et al., 2020). Dessa forma, é importante diferenciar as infecções congênitas das adquiridas pelo recém-nascido no período do parto ou até três semanas pós-natais, sendo essas denominadas infecções perinatais (MORAES, et al., 2020). Nesse sentido, a sigla "TORCH" descreve infecções congênitas ou perinatais, que incluem classicamente Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus (CMV) e Herpes Simples (HSV). A letra "O", que significa "outros", foi adicionada posteriormente, com o intuito de incluir os patógenos da sífilis, parvovírus, hepatite, Doença de Chagas e o vírus da Varicela-Zóster (LEUNG et al., 2020).

A Toxoplasmose, por exemplo, tem como agente etiológico o *Toxoplasma gondii* e causa sintomas sistêmicos como febre, dor muscular e cefaleia. No Brasil, a taxa de infecção por esse agente é muito alta em humanos, assim como os riscos de mulheres não infectadas adquirirem a doença na gestação e transmitirem ao feto (MORAES et al., 2020). A Rubéola, por sua vez, é uma infecção transmitida pelo vírus do gênero *Rubivirus*, da família *Togaviridae*, e contraí-lo na gravidez é preocupante por ocasionar diversos efeitos negativos ao feto. A vacina contra a Rubéola, é amplamente disponível, no entanto, é contraindicada em gestantes devido a possível transferência do vírus em sua forma viva através da placenta (LEUNG, et al., 2020). O Citomegalovírus (CMV), é um herpesvírus que pode ser resultado da reativação do vírus latente ou reinfeção, geralmente assintomático; já o Vírus Herpes Simples também tem impacto na saúde do recém-nascido (RN), o qual necessitará de cuidados especiais no pós-natal.

Em síntese, as infecções adquiridas no útero ou durante o nascimento são uma causa significativa de mortalidade fetal e neonatal. O RN infectado pode apresentar crescimento anormal, alterações no desenvolvimento ou múltiplas anormalidades clínicas e laboratoriais (NEU; DUCHON; ZACHARIAH, 2015). A infecção materna da placenta também pode levar a complicações na gestação, como restrição de crescimento intrauterino, aborto espontâneo e natimorto (SINGH et al., 2020). Tendo em vista a influência das infecções durante a gestação no recém-nascido, a



elaboração deste trabalho tem grande importância científica, uma vez que traz à discussão as principais doenças que podem impactar na saúde do binômio mãe-bebê.

METODOLOGIA

Revisão de literatura, em que foram utilizadas as bases de dados PubMed, *Web of Science* e *Scielo*. Por meio da busca de palavras-chave, como "TORCH", "infecções congênitas" e "neonatal", optou-se pelo uso de artigos publicados na última década, a fim de subsidiarem o trabalho. Os estudos foram selecionados e lidos na íntegra, cujo critério de exclusão quando os artigos não abordavam o tema em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atingir o feto, as infecções TORCH devem atravessar a barreira apresentada pela placenta – órgão que realiza a comunicação entre a mãe e o feto, sendo utilizado como transporte de substâncias entre eles. Segundo Coyne e Lazear (2016), os patógenos podem chegar até o feto por várias vias e, acredita-se que a infecção ascendente pelo vírus do herpes simples, e possivelmente do *Treponema pallidum*, podem expor a placenta a esses patógenos. No caso de *Toxoplasma gondii* e *Listeria monocytogenes*, estudos sugerem que trofoblastos extravilosos (TEVs, conjunto de células que envolvem o embrião) são o ponto fraco que permite a entrada desses agentes patogênicos ao compartimento fetal. Os mecanismos usados pelos vírus da Rubéola e o Citomegalovírus ainda não são esclarecidos.

A Toxoplasmose, por exemplo, é uma zoonose presente principalmente em países tropicais como o Brasil. Quando a gestante se infecta durante o seu primeiro trimestre de gestação, o quadro pode resultar em morte fetal; já se ocorrer no segundo ou terceiro trimestres, há grandes chances de provocar a prematuridade do recém-nascido, além de outras complicações, tais como microcefalia, retinocoroidite, calcificações cerebrais, deficiência intelectual, hidrocefalia e alterações oculares (NEU; DUCHON; ZACHARIAH; 2015; PEREIRA *et al.*, 2015; FELDMAN; KELLER; BORGIDA, 2016; LEVINE *et al.*, 2017; OZ, 2017 *apud* MORAES *et al.*, 2020).

A Rubéola, por sua vez, é uma infecção que, na gravidez, especialmente durante o primeiro trimestre, pode resultar em aborto, morte fetal, natimorto ou RN com uma constelação de malformações congênitas conhecidas como Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) (GRANT *et al.*, 2017 *apud* MORAES *et al.*, 2020). Cerca de 50% dos fetos infectados terão um ou mais sinais ecográficos detectáveis, como micrognatia, retinopatia, radioluscência óssea, restrição de crescimento intrauterino, hepatoesplenomegalia ou malformações maiores. Outras anomalias que podem ser encontradas em infecção congênita por Rubéola são meningocele, encefalocele, anencefalia, glaucoma, alterações renais, hipospádia, peritonite meconial, hipercogenidade intestinal, calcificações intracranianas e defeitos cardíacos, como persistência do canal arterial ou estenose pulmonar. Algumas formas de doença cardíaca congênita também podem existir, além de manifestações oculares, como coriorretinite e a microftalmia (NEU; DUCHON; ZACHARIAH, 2015; LEVINE *et al.*, 2017 *apud* MORAES *et al.*, 2020).

Em se tratando do Citomegalovírus (CMV), os resultados ecográficos mais característicos de comprometimento fetal são restrição de crescimento intrauterino e anormalidades cerebrais. Demais achados incluem hepatoesplenomegalia, calcificações intracranianas e hepáticas, microcefalia, ventriculomegalia e intestino ecogênico. Oligodrâmnio ou polidrâmnio são frequentes e podem estar acompanhados por hidropsia fetal não-imune ou ascite e anomalias em múltiplos órgãos (MORAES *et al.*, 2020). Os principais danos são perda auditiva e deficiências



neurológicas em crianças (YAMAMOTO *et al.*, 2011; LEUNG *et al.*, 2020 *apud* MORAES *et al.*, 2020).

Por fim, a infecção congênita pelo herpes vírus simples é motivo de alta morbimortalidade do recém-nascido, diferenciando as manifestações em mucocutâneas, neurológicas (gerando sequelas em mais de 70% das crianças acometidas) ou disseminadas (com prevalência de 50% dos casos). O RN que é exposto ao herpes necessita de observação durante 7 a 14 dias (MORAES *et al.*, 2020).

O ciclo de vida dos agentes TORCH são diferentes entre si. Liu e autores (2020) acreditam que esse grupo de infecções tenham influências ao longo da vida. Hoje, a definição de TORCH é mais reconhecida como sendo uma coleção heteróloga de infecções que podem causar doenças neonatais, após aquisição por via transplacentária, até mesmo perinatal (MULDOON *et al.*, 2020). A exemplo disso, evidencia-se o impacto da pandemia causada pelo vírus SARS-Cov-2 nas gestantes acometidas pela COVID-19. Embora Muldoon e colaboradores (2020) enfatizam não haver conclusões a respeito da transferência transplacentária do vírus, sabe-se que sua evolução clínica necessita de mais estudos, sendo possível inferir que a infecção pode ter potencial de influenciar no percurso fisiológico da gestação.

CONCLUSÕES

As clássicas infecções congênitas do grupo TORCH são descritas detalhadamente na literatura e, quando ocorrem durante o período pré-natal, são motivos de preocupação para com o recém-nascido, em específico. Por isso, além da realização de um pré-natal de qualidade, que engloba as sorologias de rotina solicitadas ao longo da gravidez, é de extrema relevância destacar os cuidados que devem ser tomados desde o início da gestação, evitando ao máximo as intercorrências que podem gerar prejuízos tanto para a mãe quanto para o RN.

Embora, culturalmente, a visita ao Pediatra ainda não seja tão comum de ocorrer antes do nascimento do RN, o médico precisa conhecer os cursos particulares das infecções TORCH, diferenciando-as de acordo com as principais consequências que podem interferir na saúde do recém-nascido. Atuando na Atenção Básica, os grupos de gestantes – comuns de ocorrerem em Unidades Básicas de Saúde –, são interessante forma de disseminar informações de qualidade, e incentivar a consulta em tempo oportuno com o Pediatra. Dessa forma, a detecção precoce das condições congênitas que causam impacto ao RN torna-se mais viável, permitindo evitar suas complicações, uma vez que são adotadas intervenções médicas prévias, as quais refletem favoravelmente nos índices de morbimortalidade neonatal.

REFERÊNCIAS

COYNE, C. B.; LAZEAR H. M. Zika vírus — reacender a TORCH. **Nat Rev Microbiol**, p. 707-715, nov., 2016. Disponível em: <https://go.nature.com/3QFh4Jp>. Acesso em: 10 ago. 2022.

LEUNG, K. K. Y *et al.* Congenital infections in Hong Kong: an overview of TORCH. **Hong Kong Med J**, v. 26, n 2, abril, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3dwuglH>. Acesso em: 10 ago. 2022.

LIU, Y. *et al.* The Association Between Previous TORCH Infections and regnancy and Neonatal Outcomes in IVF/ICSI-ET: A Retrospective Cohort Study. **Frontiers in Endocrinology**, v. 11, ago., 2020. DOI: 10.3389/fendo.2020.00466



MORAES, C. L. *et al.* Infecção congênita – diagnóstico e tratamento materno-fetal. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, jun., 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.4965>

MULDOON, K. M. *et al.* SARS-CoV-2: Is it the newest spark in the TORCH? **Journal of Clinical Virology**. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104372>

NEU, N.; DUCHON, J.; ZACHARIAH, P. TORCH infections. **Clin Perinatol**, v. 42, n. 1, mar., 2015. DOI: [10.1016/j.clp.2014.11.001](https://doi.org/10.1016/j.clp.2014.11.001)

SINGH, T. *et al.* Vaccines for Perinatal and Congenital Infections-How Close Are We? **Frontiers in Pediatrics**, Dez, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3bRpm29>. Acesso em: 10 ago. 2022.



ATENÇÃO EM SAÚDE DO HOMEM NA PERSPECTIVA DE UMA POLÍTICA PERMANENTE, INCLUSIVA E UNIVERSAL

DEIFELD, Daniel Mews
dmewsdeifeld@gmail.com

SACON, Andressa Nicole
andressansacon@gmail.com

SOARES, Julia Tolfo
juliatorfos@gmail.com

DE MORAIS, Lays Messias
lays.messias@hotmail.com

ZEPKA, Mariah Maestri
zepkamariah@gmail.com

MÜLLER, Nathana
nathana.muller@hotmail.com

COSTA, Antônio Augusto Iponema
antonioiponema@uri.com.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi aprovada, em 2009, com o fito de diminuir os assustadores índices de morbimortalidade, bem como de debater a reduzida taxa de longevidade dos homens. Assim, é importante a temática da saúde dos homens e da masculinidades na pauta dos estudos de saúde e de gênero porque potencializam a formulação de novas políticas e pesquisas em saúde; impõem novos olhares para promoção e prevenção em saúde; e fomentam o entrelaçamento entre saúde, cidadania e direitos humanos (GOMES, 2006).

Deste modo, propõem-se neste trabalho relacionar a "PNAISH" com as evidências mundiais acerca das condições precárias de saúde do homem, uma vez que, desde a implantação da proposta de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, no Brasil, a procura dos serviços oferecidos na Atenção Primária à Saúde (APS), pelos homens, ainda é um problema.

METODOLOGIA

Esta revisão narrativa da literatura foi realizada a partir da "PNAISH", bem como da análise crítica de artigos à temática. Como critério de busca, utilizou-se os descritores "saúde do homem", "política pública de saúde", "gênero e saúde" e "atenção primária à saúde", indexadas nas bases de dados SciELO e Pubmed, de 2006 a 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Defende-se uma abordagem específica para os rapazes nas ações da área da saúde porque as principais causas da mortalidade de homens relacionam-se com a forma de sua socialização e suas formas de vida, tanto no ciclo familiar quanto no ciclo social (GOMES, 2006). Um dos principais eixos que impede a aplicação integral e



exitosa da “PNAISH” no cotidiano, bem como seu desenvolvimento integral, é o princípio de masculinidade hegemônica. Tal termo é entendido como a construção social do comportamento masculino, influenciado por valores patriarcais e machistas, os quais levam à adoção de atitudes caracterizadas pela virilidade, força e invulnerabilidade - aspectos que distanciam os homens do bem-estar e da preocupação com o autocuidado (YOSHIDA, 2016).

De acordo com Romeu Gomes (2006), algumas considerações fundamentais se destacam: os homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e, também, morrem mais do que elas; há uma relação entre a construção da masculinidade e o comprometimento com a saúde; tanto a construção da masculinidade quanto as suas implicações no campo da saúde devem ser analisadas; o desenvolvimento de habilidades agressivas pode fazer deles um "fator de risco", principalmente nos contextos de violência doméstica, acidentes de carro e abuso; devido à centralidade que o trabalho ocupa na identidade do homem, problemas relacionados ao desemprego podem contribuir para o aumento de suicídios. Ademais, pautas sobre infecções sexualmente transmissíveis não são elucidadas na população masculina de forma científica e orientada, ou seja, se os homens recebem alguma instrução acerca de preservativos, são em rodas de conversas masculinas ou na internet (PADILHA, 2020).

O tema da sexualidade no campo masculino se traduz em 3 núcleos: sexualidade infectante, heterossexualidade e sexualidade não-monogâmica. A sexualidade infectante se refere aos microrganismos que podem ser transmitidos e fatores que potencializam as infecções, como a higiene do órgão masculino e o uso de preservativos; dentro da heterossexualidade em geral, a iniciação sexual dos homens, que costuma ocorrer durante a puberdade, é marcada pela necessidade de afirmar a sua heterossexualidade, e, observa-se que, no cenário do estereótipo da sexualidade erótica, a necessidade pode levar os homens a expressarem uma homofobia para não serem identificados como pertencentes à população “LGBTQ+” e a impossibilidade de portar o vírus do HIV; e o terceiro núcleo de sentido presente no tema relacionado à sexualidade masculina é o da não-monogamia. Essa discussão se sustenta na ideia de múltiplas parceiras sexuais, o que fomenta todos os outros núcleos (PADILHA, 2020).

Observa-se carências na elaboração de debates sobre: violência e paternidade no que tange aos relacionamentos juvenis e sem planejamento familiar; pautas não heteronormativas; saúde mental; e cenários que possibilitam a prática do autocuidado como um aspecto de estilo de vida e não, somente, como uma ação em resposta às doenças adquiridas na fase adulta. O envolvimento masculino no planejamento familiar é considerado limitado e há o paradigma de que a questão diz respeito às mulheres. Consequentemente, recai muitas vezes sobre os ombros delas a responsabilidade exclusiva pelas gestações (PADILHA, 2020).

Quando se refere ao planejamento familiar, os programas tinham como alvo apenas as mulheres. Assim, os homens não encontram razões pelas quais deveriam estar envolvidos no acompanhamento familiar e nas consultas durante o período de gestação. Por que devo ir à clínica com minha esposa enquanto todas as perguntas são direcionadas a ela? (PADILHA, 2020).

Precisa-se, no Brasil, de ações que busquem incentivar o autocuidado masculino, a prevenção de doenças e a promoção de saúde, como já acontece na Irlanda e na Austrália, a partir do cuidado com as diferenças sexuais no estado de saúde entre homens e mulheres, e da conscientização da necessidade de uma



abordagem mais específica de gênero para a política de saúde (RICHARDSON, 2011).

Os aspectos de educação, autoconhecimento e violência poderiam ser abordados com os adolescentes do sexo masculino para iniciar uma orientação preventiva, a fim de diminuir as incidências de morbimortalidade quando homens já adultos.

CONCLUSÕES

A atualização da "PNAISH" é essencial para diminuir os números de homens adultos com doenças que seriam prevenidas por meio da Atenção Primária à Saúde e Educação Popular em Saúde. Nesse sentido, cabe adicionar o público masculino adolescente nas práticas e na educação em saúde, as quais podem ser tematizadas como para evitar agravos de doenças prevalentes na população do gênero. Cabe salientar a importância de assuntos como a diversidade e o fim dos preconceitos relacionados aos gêneros e à população "LGBTQ+". Portanto, essa análise reforça a contribuição da ciência biomédica e de pesquisas para uma reforma mais equitativa, universal e integral na "PNAISH", com o intuito de diminuir os índices de mortalidade dos homens.

REFERÊNCIAS

GOMES, R. *et al.* A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.5, p.901-911, maio, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMknvMWHjFTLxYv8nBHymqL/?lang=pt>

PADILHA, T. *et al.* Participação masculina no planejamento familiar: revisão integrativa da literatura. **Interface - comunicação, saúde e educação**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/78ynbPsSCGKfvvsB7BDmYfS/?lang=pt>

RICHARDSON, N. National men's health policies in Ireland and Australia: what are the challenges associated with transitioning from development to implementation? **Public Health**, v.125, n.7, p.424-432, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21726883/>

YOSHIDA, V. C. *et al.* O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. **Interface - comunicação, saúde e educação**, v. 20, n. 58, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6KwhvGtQpknRYYRJmCGxQXv/?lang=pt>



AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O NARGUILÉ DE ESTUDANTES DO ENSINO FUNDAMENTAL II DE UMA ESCOLA PRIVADA DA CIDADE DE ERECHIM

DEIFELD, Daniel Mews
dmewsdeifeld@gmail.com

GABRIELLE, Bárbara Cristina
100335@aluno.uricer.edu.br

AMARAL, Diandro
099541@aluno.uricer.edu.br

DE MORAIS, Lays Messias
lays.messias@hotmail.com

ZEPKA, Mariah Maestri
zepkamariah@gmail.com

CAMERA, Fernanda Dal'Maso
fdalmaso@uricer.edu.br
URI - Erechim

INTRODUÇÃO

A adolescência consiste num importante período de transição, durante o qual ocorrem diversas modificações físicas, cognitivas, emocionais e sociais, estando estes mais vulneráveis a alterações no seu bem-estar e ao surgimento de algumas dificuldades. Segundo o Relatório de Drogas (2021), cerca de 275 milhões de pessoas usaram drogas, em todo o mundo, no ano de 2020 e mais de 36 milhões de pessoas sofreram distúrbios devido ao uso. Dentre as drogas mais utilizadas, o narguilé é uma das mais citadas em adolescentes em fase escolar. O narguilé é considerado um dispositivo usado para o fumo de essências, de tabaco ou outras substâncias, entre elas as psicoativas. Logo, a prevenção deve ser realizada de forma profilática na fase da pré-adolescência, pois as drogas lícitas, são consideradas uma forma de acesso fácil e sem controle pelos adolescentes.

Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento sobre o narguilé de estudantes de uma escola privada da cidade de Erechim.

METODOLOGIA

A metodologia caracteriza-se por ser uma abordagem do tipo transversal analítico-observacional. Participaram da pesquisa estudantes do EF II da Escola Básica da URI Erechim, sendo que 80 eram dos 7º anos e 170 alunos do 8º e 9º anos, totalizando 250 estudantes de classe média alta, com características favoráveis à aplicação de projeto de prevenção. Todos os estudantes que participaram, tiveram o TCLE assinado pelo pai ou responsável e o TA assinado pelo próprio aluno. Foi aplicado um questionário on-line, anônimo, com questões abertas e fechadas relacionadas ao conhecimento e uso do narguilé, bem como a relação parental dos estudantes. Após o preenchimento do questionário podemos observar o conhecimento dos estudantes em relação ao narguilé. Os alunos do Curso de Medicina da URI, orientados pela professora Fernanda, realizaram palestras e oficinas



para que os estudantes fossem informados sobre tal droga. Estas orientações foram relacionadas ao projeto de aconselhamento do uso de drogas lícitas promovida pelo Dr. Bartô e Doutores da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto foi desenvolvido pela Professora Fernanda Dal'Maso Camera, com a colaboração do Dr. João Paulo Becker Lotufo, o qual é coordenador do projeto "Dr. Bartô" e "Doutores da Saúde" com os acadêmicos de Medicina da URI Erechim.

Em relação aos resultados deste trabalho, observou-se que quando os estudantes foram interrogados se conversavam com os pais sobre drogas, 30,2% relataram que não conversavam com os pais a respeito; porém 69,8% conversavam com seus pais. Dentre aqueles que não conversavam com os pais 71,1% gostariam de conversar. Nesse contexto, pesquisas mostram a relevância das famílias na proteção e redução dos riscos no uso de substâncias lícitas; a supervisão e o diálogo, por exemplo, têm sido apontados como fatores de proteção para o uso de psicoativos entre adolescentes (MALTA, 2015).

Observou-se, ainda, que 19,8% dos estudantes tem familiares que fazem uso de narguilé, o que potencializa o hábito de fumar destes estudantes. Segundo um estudo publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, estudantes com pais usuários de qualquer tipo de droga apresentam maior risco de ter um comportamento semelhante ao dos pais usuários (HORTA, 2006). Ainda, aponta-se que os jovens iniciam o consumo de drogas lícitas de forma muito precoce, antes mesmo de terem uma orientação familiar ou escolar que inicie a orientação desde a infância, pois a prevenção deve ser abordada na família e na escola de forma contínua e permanente, promovendo uma adolescência e uma vida adulta saudáveis.

Quando abordados em relação ao conhecimento e ao uso de narguilé, observou-se que 89,5% dos estudantes já têm conhecimento sobre o que é, e dentre os que sabem, 9,3% já utilizaram este tipo de cigarro. Tal índice é preocupante porque sabe-se que a cada 10 jovens que fazem uso de drogas 2,6 continuam utilizando na vida adulta (HORTA, 2006). Além disso, os jovens fumantes, quando comparados aos não fumantes, consomem três vezes mais álcool, oito vezes mais maconha, 22 vezes mais cocaína e ainda apresentam comportamentos de risco, como sexo sem proteção e agressão física (INCA, 2015).

Ainda, em relação aos estudantes que nunca usaram narguilé, 89,1% tem vontade de experimentar e, apenas, 10,9% não. A curiosidade para o uso pode ocorrer pela questão de, no narguilé, ser adicionado aromatizantes e flavorizantes, o que torna o produto mais palatável e com um sabor agradável durante as sessões de fumo (INCA, 2015).

Os acadêmicos de Medicina ingressaram no Projeto com o intuito de elaborar uma intervenção social de promoção e prevenção de saúde. Sob tal viés, foram elencadas durante as palestras as substâncias cancerígenas e mutagênicas, como nitrosaminas e hidrocarbonetos policíclicos aromatizados, os quais estão presentes na fumaça do narguilé e potencializam os índices de câncer no trato respiratório, doenças periodontais, na cavidade oral e na esôfago. Além disso, debateu-se os efeitos agudos e as consequências do compartilhamento da pipeta, como infecções por herpes viral e proliferação de microrganismos. É importante ressaltar que o narguilé possui uma característica peculiar: um único cachimbo pode ser usado por várias pessoas simultaneamente. Tal fato reforça o aspecto da socialização do cachimbo, algo muito atraente, especialmente para os jovens (INCA, 2015). Nas atividades desenvolvidas, solicitou-se aos estudantes do EF II que desenhassem ou



escrevessem frases relacionadas ao que tivessem aprendido durante as palestras e oficinas.

CONCLUSÕES

Aponta-se que os estudantes da escola básica da URI do EFII sabiam o que era o narguilé, porém não havia o esclarecimento do que este tipo de cigarro poderia causar na saúde das pessoas, demonstrando, assim, a importância do trabalho de prevenção nesta faixa etária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A. J.; O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. **Esc. Anna Nery, Revista de Enfermagem**, v.11, n.4, p. 605- 610, 2009.

CEBRID/UNIFESP/SENAD. **VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. Brasília, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **O uso do narguilé e a iniciação ao fumo: dia nacional de combate ao fumo/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro, 2015.

HORTA, R.L *et al.* Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n. 4, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/JXTcKMYLy5fCXDDmbccdVw/?lang=pt>.

MALTA, D.C *et al.* Uso de substâncias psicoativas em adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 1, p. e180004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.1>, 2018.

PAVANI, R. A. B. Avaliação da informação sobre drogas e sua relação com o consumo de substâncias entre escolares. São José do Rio Preto. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n. 2, 2009.

SANCHEZ, Z.V. M. *et al.* O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. Rio de Janeiro. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.3, 2010.



AVALIAÇÃO DO USO DA PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA EM VIAS AÉREAS COMO FATOR DE INTERFERÊNCIA NA QUALIDADE DO SONO EM PACIENTES COM SAHOS GRAVE E EM SEUS PARCEIROS

BIESDORF, Anna Laura Carniel;
annabiesdorf@hotmail.com

GRITTI, Leandro Antônio
gritti@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Apnéia-Hipopnéia Obstrutiva do Sono é um distúrbio do sono caracterizado por episódios de apneia ou hipopneia, manifestando-se por meio de roncos e apneia observada pelo parceiro e está associada a maior morbimortalidade (HADDAD, F., 2013). Conforme consta na Diretriz de Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da SAHOS, da Associação Brasileira do Sono (2013), o quadro sindrômico é considerado leve quando o IAH é maior ou igual a 5 e menor ou igual a 15 eventos por hora de sono. Nos casos moderados, o IAH apresenta-se maior que 15 e menor ou igual a 30 eventos por hora de sono, e em casos severos, um IAH de mais de 30 eventos por hora de sono. É recomendado como tratamento da SAHOS o uso da Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas (CPAP) em pacientes que apresentam sonolência excessiva diurna e prejuízos causados em decorrência do sono não restaurador (PATIL *et al.*, 2019)

Dessa forma, foi elaborado um estudo visando avaliar a interferência do uso do CPAP no sono de pacientes com SAHOS grave e no sono de seus parceiros, analisando períodos anteriores e posteriores ao seu uso. A partir destes resultados e sua comparação, é possível averiguar possível sucesso no tratamento e o impacto na qualidade do sono dos participantes.

METODOLOGIA

A metodologia do estudo, de número de protocolo: 44680821.1.0000.5351, tem como base a análise observacional das variáveis, de modo prospectivo, transversal e qualitativo. A população do estudo compreende pacientes que realizaram e realizarão Polissonografia na cidade de Erechim, por investimento próprio. Dentre eles, estão sendo selecionados 20 indivíduos com um Índice de Apneia-Hipopneia (IAH) maior que 30 eventos por hora, caracterizando-se como SAHOS grave, e que apresentam parceiros residindo em mesma moradia, totalizando 40 participantes.

Todos os pacientes devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa e os pesquisadores assinaram ainda o Termo de Compromisso de Utilização de Dados, e à Instituição foi fornecido o Termo de Autorização da Instituição, concedendo acesso ao prontuário dos pacientes para análise na instituição, no que diz respeito aos achados polissonográficos (atividade cerebral, fases do sono, movimentos respiratórios, atividade muscular, movimentos dos olhos, batimentos cardíacos, oxigenação do sangue).

Estão sendo utilizados os formulários de Índice da qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI), Questionário STOP-Bang adaptado e Escala de sonolência



Epworth (ESS) adaptada para análise das variáveis correspondentes à qualidade do sono dos participantes, os mesmos sendo aplicados a todos os participantes, portadores de SAHOS grave e seus parceiros, no período anterior ao uso do CPAP e após 60 dias do uso do CPAP via formulário eletrônico, em decorrência da pandemia do COVID-19.

Após a coleta, os formulários são interpretados de forma que o PSQI produz um escore total, variante de 0 a 21, sendo a maior pontuação uma pior qualidade do sono. Já o questionário ESS indica, para uma pontuação maior de 10, maior possibilidade de apresentação de sonolência excessiva diurna e para pontuações maiores de 16, remete à sonolência excessiva diurna grave. O formulário STOP-Bang apresenta um escore total que varia de 0 a 8.

Com base nos resultados da coleta, é feita a análise e correlações dos questionários com achados da Polissonografia (IAH, nadir de saturação da hemoglobina, tempo total de sono com saturação menor que 90% e número índice de despertares, entre outros).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No momento, o estudo se encontra na fase de coleta de formulários. No entanto, com base nas informações já coletadas pode-se perceber a diminuição das queixas por conta dos parceiros ao abordarmos o quesito de roncos e episódios de apneia e uma diminuição dos sintomas decorrentes do sono não reparador.

Apresentam-se ainda fatores externos a SAHOS e ao uso do CPAP ao analisarmos os motivos do sono não reparador, como despertares em decorrência dos fenômenos climáticos e filhos em idade pré-escolar. No entanto, relatados por uma minoria.

Ainda, é possível perceber, mesmo com resultados parciais, a presença de fatores associados a SAHOS nos participantes, como obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), idade superior a 50 anos e sexo masculino, sendo estes, comumente relatados como os mais frequentes (HADDAD, F., 2013).

CONCLUSÕES

É possível observar, a partir dos dados já coletados até o momento, que o tratamento da SAHOS com o uso do CPAP tem o potencial de trazer benefícios ao portador e ao seu parceiro. Com a elaboração desse estudo, espera-se reforçar a importância do diagnóstico e tratamento correto da SAHOS, além de difundir informações acerca dos impactos na qualidade do sono e estimular medidas preventivas da apneia obstrutiva do sono.

REFERÊNCIAS

HADDAD, F.; BITTENCOURT, L. **Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono no Adulto**. São Paulo: Estação Brasil, 2013.

KNORST, M. M.; SOUZA, F. J. F. B.; MARTINEZ, D. Síndrome das apnéias-hipopnéias obstrutivas do sono: associação com gênero e obesidade e fatores relacionados à sonolência. **J Bras Pneumol.**, v.8, n.34, p.7, p. 490-496 2008.

PATIL, S. P. *et al.* Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea With Positive Airway Pressure: An American Academy of Sleep Medicine Systematic Review, Meta-



Analysis, and GRADE Assessment. 2019. **J Clin Sleep Med.**, v.15, v.2, p.301-334. 2019.



BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA (BVA) E A SAZONALIDADE DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) NO BRASIL



PECINI, Giliane
gilianepecini@gmail.com

BUENO, Brenda Natasha Dias
brendaunderscore@gmail.com

DEVENS, Fernanda
devensfernanda15@gmail.com

PIOVESAN, Carina Viviane
carinapiovesaan@gmail.com

VECCHIA, Júlia Dalla
judallavecchia21@gmail.com

CHINAZZO, Luciana Korf
lucianachinazzo@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

A bronquiolite viral aguda (BVA) é uma infecção viral do trato respiratório inferior, que se manifesta comumente nos primeiros anos de vida, condição que cursa com sibilância e/ou estertores crepitantes bilaterais, precedida por sintomas de infecção de vias aéreas superiores (IVAS). É autolimitada e causada, principalmente, pelo vírus sincicial respiratório (VSR), um RNA vírus, envelopado, não segmentado, da família *Paramyxoviridae*, o qual pode causar infecção aguda do trato respiratório, com poder de reinfecção em qualquer idade (GALVÃO, 2021). A primoinfecção, primeiro contato a um organismo provocado por um germe, predomina o acometimento de vias aéreas inferiores e as formas graves da doença (KFOURI; REGO; SADECK, 2022).

A BVA causa impactos social e financeiro aos sistemas de saúde, além de influenciar a morbimortalidade nos grupos mais vulneráveis, como prematuros, baixo peso ao nascer, portadores de doenças pulmonares, cardíacas e neuromusculares e imunodeprimidos, os quais têm maiores chances de internação (DALL'OLIO; SANT'ANNA; SANT'ANNA, 2021). Diante do apresentado, este resumo expandido tem por objetivo informar sobre a sazonalidade do vírus sincicial respiratório (VSR) no Brasil, bem como sua estreita relação com a bronquiolite viral aguda (BVA) em pacientes pediátricos, além de abordar as recomendações profiláticas e terapêuticas, com base em evidências existentes na literatura médica atual.

METODOLOGIA

Foram revisados artigos e diretrizes referentes à bronquiolite e sua associação com o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), dada a importância do assunto na área da pediatria, principalmente durante o inverno brasileiro. Os critérios de seleção se basearam em artigos publicados nos últimos cinco anos, e nas atualizações emitidas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), cujas buscas foram realizadas nas bases de dados digitais PubMed e Google Acadêmico, bem como por pesquisas



realizadas no site da SBP. As palavras-chave inseridas no campo de pesquisa foram “bronquiolite”, “pediatria” e “vírus sincicial respiratório”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Boletim da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2019), o VSR está mais presente no nosso meio em determinadas épocas do ano, a saber, com início no mês de fevereiro na região Norte, março no Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste, e em abril no Sul do Brasil. Em consonância com esse mesmo documento, a Sociedade alerta os pediatras para o conhecimento das temporadas de maior circulação do vírus, a fim de potencializar a profilaxia das crianças candidatas à contaminação, bem como orientar os pais sobre o período pré-estacional e reconhecer a condição do público infantil infectado para seguir com a terapêutica preconizada.

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o agente etiológico de maior importância quando se trata de infecções do sistema respiratório em crianças, sendo responsável por até 75% dos casos de bronquiolite viral aguda (BVA), principalmente antes dos dois anos de vida (KFOURI; REGO; SADECK, 2022). Carvalho e autores (2017) apontam que, até essa idade, praticamente todas as crianças terão sido expostas ao vírus em questão, inclusive com reinfecção durante toda a vida. Porém, as formas mais graves das infecções de vias aéreas inferiores se manifestarão no primeiro contato com o microrganismo (primoinfecção), e crianças mais vulneráveis são candidatas a terem um pior prognóstico da doença.

É através do contato direto com secreções respiratórias de pessoas infectadas, superfícies ou objetos contaminados, que o vírus alcança o trato respiratório e se replica na nasofaringe, com período de incubação de quatro a cinco dias, e de excreção em até quatro semanas em pacientes imunocomprometidos (CARVALHO *et al.*, 2017). Caballero, Polack e Stein (2017) descrevem a bronquiolite aguda pelo VSR como uma doença sazonal, com pico no inverno. Em geral, a infecção é leve, mimetizando um resfriado comum que, em pouco tempo, pode atingir os bronquíolos, refletindo clinicamente com dificuldade para respirar, sibilos, crepitações, roncos e retrações torácicas.

No que tange à severidade, a forma mais grave da infecção ocorre em bebês entre 1 e 3 meses de vida, uma vez que, em crianças de baixa idade, a superfície de troca gasosa do pulmão ainda não está plenamente desenvolvida e a resistência aérea é alta, aliadas à queda de anticorpos adquiridos passivamente da mãe durante a vida intrauterina (AMANTÉA, 2017). Nesse sentido, fatores de risco para a gravidade incluem idade menor que 12 semanas, parto prematuro ou comorbidades subjacentes, tais como doenças cardiovasculares, pulmonares, neurológicas ou imunológicas. Vale ressaltar que os riscos são maiores em crianças que não foram amamentadas, com mães jovens ou que fumaram na gestação e bebês vivendo em condições de superpopulação, sendo mais prevalente no sexo masculino (COATES; CAMARDA; GOODMAN, 2017).

Para critério de diagnóstico, urge a necessidade da rápida identificação do agente etiológico da doença respiratória. Para os casos suspeitos de BVA por VSR, a pesquisa do vírus é feita por coleta de swab de naso e orofaringe. Sua descoberta é um passo relevante para redução do uso inapropriado de antimicrobianos, principalmente em crianças hospitalizadas, indicando, dessa forma, o tratamento mais adequado em cada caso, além de reduzir custos hospitalares e de internação (MESQUITA *et al.*, 2017). Na maioria dos casos, o prognóstico é favorável e o processo evolui para a cura sem necessidade de intervenção, cujo tratamento é



sintomático, podendo ser conduzido ambulatorialmente, repercutindo em baixas taxas de hospitalização e mortalidade (AMANTÉA, 2017; LIMA, 2021).

Entretanto, em crianças com algum fator de risco, a saber, prematuridade, doença pulmonar crônica da prematuridade, menores de dois anos de idade com cardiopatia congênita repercutindo hemodinamicamente e/ou hipertensão pulmonar, está indicada a imunoprofilaxia com palivizumabe. Esse medicamento tem como mecanismo de ação a neutralização e a inibição da atividade de fusão das cepas A e B nas células do epitélio respiratório, além de apresentar expressivo avanço na prevenção desta doença e de suas complicações na população alvo (SBP, 2022). Ainda, dependendo da gravidade, a criança pode precisar de suporte ventilatório invasivo, como a ventilação mecânica.

Complementarmente, orientações sobre a importância da profilaxia, sobretudo durante a sazonalidade, devem ser repassadas para pais e responsáveis, incentivando ações que versem sobre a necessidade da lavagem das mãos, uso de álcool gel, além de evitar ambientes fechados e aglomerados (KFOURI; REGO; SADECK, 2022). Desse modo, cabe reforçar, aos pacientes e seus familiares, a importância de estimular o aleitamento materno, evitar a exposição de crianças ao tabaco, bem como a aplicação da vacina contra influenza em lactentes e crianças acima de seis meses (CARVALHO *et al.*, 2017).

CONCLUSÕES

Em virtude dos fatos mencionados acima, nota-se que há determinadas temporadas em que o vírus sincicial respiratório se manifesta com mais prevalência. Nessa perspectiva, o VSR, sendo o principal agente etiológico da bronquiolite viral aguda, torna-se de suma importância a identificação desse protagonista para que não haja uso inadequado de antimicrobianos e que, conseqüentemente, leve a quadros de internações hospitalares indesejáveis que poderiam ser prevenidas. Além disso, apesar da evolução da bronquiolite viral aguda ser benigna, é imprescindível criar moldes que visem a profilaxia reforçada nessas temporadas em que o vírus é mais persistente. Ademais, divulgar as formas de contágio por meio de campanhas, propagandas e cartazes nos serviços do Sistema Único de Saúde, por exemplo, no intuito de que a comunidade evite o máximo possível a exposição ao agente etiológico, é de extrema importância para o controle da infecção. Dessa maneira, espera-se que os índices da BVA não cresçam, e que os gastos públicos direcionados a esses casos evitáveis possam ser manejados a outras demandas irremissíveis e urgentes.

REFERÊNCIAS

AMANTÉA, S. L. Bronquiolite Viral Aguda. *In*: PEDIATRIA, Sociedade Brasileira D. **Tratado de Pediatria**. V. 2. Barueri, SP: Manole, 2017. p. 1720- 1723.

CABALLERO, Mauricio T.; POLACK, Fernando P.; STEIN, Renato T. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. s1, p. 75-83. 2017.

CARVALHO, Aroldo Prohmann *et al.* **Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR)** – 2017. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Cardiologia, Imunizações, Infectologia, Neonatologia e Pneumologia da SBP. Porto Alegre, 2017.



COATES, B. M.; CAMARDA, L. E.; GOODMAN, D. M. Sibilância, Bronquiolite e Bronquite. In: KLIEGMAN, R. **Nelson – Tratado de Pediatria**. 20. Ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2017. p. 2044- 2049

DALL'OLIO, C. C.; SANT'ANNA, M. F. P.; SANT'ANNA, C. C. Tratamento da bronquiolite viral aguda. **Revista Residência Pediátrica**, v.11, n.3, p.1-5, 2021. 2021. DOI: 10.25060/residpediatr-2021.

GALVÃO, Alexandre *et al.* Bronquiolite aguda. **Whitebook - Clinical Decision**, [s. l.], 19 fev. 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3QjS3DC>. Acesso em: 1 ago. 2022.

KFOURI, R.; REGO, M. A. S.; SADECK, L. Profilaxia da bronquiolite, pneumonia e complicações causadas pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) em crianças que nasceram prematuras ou portadoras de cardiopatias e pneumopatias. Nota de Alerta. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. Porto Alegre, mar. 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3Q5fNLD>. Acesso em: 27 jul. 2022.

LIMA, R. Bronquiolite Aguda. Separata Científica de: **Rubrica Pediátrica**. Portugal, fev. 2021. n. 8. Disponível em: <https://bit.ly/3zAHoO>. Acesso em: 07 ago. 2022.

MESQUITA, F. S. *et al.* Rapid antigen detection test for respiratory syncytial virus diagnosis as a diagnostic tool. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro), v. 93, maio-junho, 2017, Páginas 246-252. Disponível em: <https://bit.ly/3St2UNn>. Acesso em: 06 ago. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Boletim SBP. **Departamento de Imunizações da SBP**. Disponível em: <https://bit.ly/3A3C6Ma>. Acesso em: 27 jul. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Nota de Alerta. Departamento Científico de Cardiologia da Sociedade Brasileira de Pediatria e Departamento de Cardiopatias Congênitas e Cardiologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Profilaxia para a infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório com Palivizumabe em crianças com cardiopatia congênita**. Disponível em: <https://bit.ly/3w9QQqP>. Acesso em: 06 ago. 2022.



BYPASS AXILO JUGULAR: UM RELATO DE CASO

GREGIO, Natan;

natangregio2@gmail.com

MAIA, Gledson Souza

gledsonmaia@gmail.com

LOPES, Marcelo

marcelocirurgiavasculard@gmail.com

URI Erechim

INTRODUÇÃO

A nefropatia hipertensiva é uma lesão renal progressiva causada por hipertensão arterial mal controlada de longo prazo e quando a lesão causa grande comprometimento da função renal seu tratamento pode requerer hemodiálise, para efetuar o tratamento dialítico os pacientes necessitam de um acesso vascular que permita a conexão da circulação do paciente ao circuito externo de hemodiálise.

Dentre os acessos disponíveis, A fístula arteriovenosa (FAV) é o acesso venoso mais adequado, pois permite um acesso de longa permanência viabilizando a diálise efetiva comum com números de intervenções menores (PESSOA; LINHARES, 2014). Uma Fístula arteriovenosa é uma conexão ou passagem anormal entre uma artéria e uma veia, essa conexão é rotineiramente usada para obter um aumento de fluxo sanguíneo, e assim possibilita o procedimento de punção para acesso a hemodiálise.

Todavia, existem pacientes multimanipulados com opções de acesso esgotadas, e por isso alternativas são necessárias para que assim o tratamento dialítico possa ter continuidade.

O presente trabalho tem por objetivo descrever um relato de caso de um paciente diagnosticado com nefropatia hipertensiva, submetido ao bypass axilo jugular como uma alternativa para o tratamento dialítico, sendo esse um procedimento nunca antes descrito em publicações nacionais.

METODOLOGIA

Este trabalho está fundamentado em um relato de caso de paciente morador da cidade de Severiano de Almeida (RS), atendido no serviço de hemodiálise da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (FHSTE), submetido à realização de fístula arteriovenosa (FAV) - bypass axilo jugular, como alternativa para tratamento dialítico. As informações para o estudo foram obtidas por meio de revisão do prontuário, métodos terapêuticos aos quais o paciente foi submetido, registro fotográfico (com consentimento do paciente) e revisão da literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente relato de caso diz respeito a um paciente de 76 anos, do sexo masculino, hipertenso, diabético, portadora de nefropatia hipertensiva, em regime de hemodiálise desde 14 de novembro de 2018.

Entre o período de 2018 e 2022 o paciente foi submetido a hemodiálise inicialmente por meio de acessos habituais, como fístula arteriovenosa (FAV) e fístulas com prótese em ambos os membros superiores, ocorrendo falência das fístulas.



Assim com tais interferências e juntamente com o desenvolvimento de uma oclusão venosa em membro superior, sendo essa uma complicação conhecida em pacientes com doença renal em estágio terminal dependentes de hemodiálise (DE BRITO; DE ACCIOLY; GOMES, 2019), levou a impossibilidade de confecção de novas fístulas arteriovenosas, escolhendo assim a opção de um bypass. Inicialmente pensou-se em axilo axilar, porém no processo cirúrgico não houve progressão de sonda em veia axilar direita em consequência da oclusão da veia axilar decorrente de diversas punções com cateteres de shilley para hemodiálise. Devido as circunstâncias a única opção viável foi a escolha de um bypass axilo jugular.

Sob anestesia geral, o by-pass axilo jugular foi confeccionado com dissecação da artéria axilar esquerda e veia jugular interna direita, confecção de fístula arteriovenosa com prótese anastomose termino lateral com prolene 5, interpondo prótese PTFE número 7, sendo a artéria axilar esquerda como doadora e a veia jugular interna como receptora. No procedimento cirúrgico também foi realizado a inserção de cateter de shilley em femoral direita.

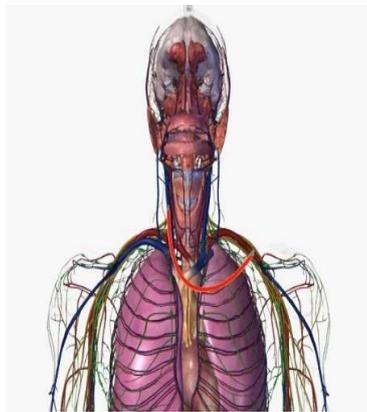


Figura 1



Figura 2

Na figura 1, é possível observar o trajeto subcutâneo do bypass axilo jugular, já a figura 2, é uma imagem do paciente submetido a hemodiálise, sendo possível observar os acessos que possibilitaram o tratamento dialítico, proporcionados pelo processo cirúrgico descrito.

CONCLUSÕES

A confecção de acessos vasculares é uma prática comum devido a demanda de pacientes para o tratamento dialítico por tempo prolongado. Muitos pacientes necessitam a utilização de material sintético por já não terem como opção veias disponíveis para a confecção de FAV. Esgotadas, portanto, as possibilidades de FAV autóloga, o enxerto com PTFE geralmente é usado. Os territórios cirúrgicos, na grande maioria dos casos, são os membros superiores. As coxas são opções menos aceitas pois possuem um maior risco de infecção. O sucesso do procedimento requer fluxo arterial e efluxo venoso adequados (NAGATO *et al.*, 2010).

Neste relato, apresentamos uma alternativa de abordagem a ser considerada quando necessário. O bypass axilo jugular é uma alternativa viável para a continuidade do tratamento dialítico em pacientes que já tiveram outras opções de acessos por FAV esgotados.



REFERÊNCIAS

FRANCO, R. Fístulas arteriovenosas em hemodiálise: fatores de sucesso. **Brazilian Journal of Nephrology**, [S. l.], p. 309-311, 22 out. 2018.

NAGATO, Y. *et al.* Fístula axilo-cava para hemodiálise: relato de caso. **Jornal Vascular Brasileiro**, [s. l.], 26 mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1677-54492009000400015>. Acesso em: 13 ago. 2022.

PESSOA, N.; LINHARES, F. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [S. l.], p. 73-79, 20 nov. 2014.

JUNIOR, M. *et al.* Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? **Jornal Vascular Brasileiro**, [S. l.], p. 221-225, jul. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/jvb.2013.044>. Acesso em: 13 ago. 2022.

DE BRITO, D.; DE ACCIOLY, L.; GOMES, D. Oclusão venosa de membro superior em paciente dialítica. **Relatos Casos Cirúrgicos**, v.5, n.1, 2019.



CÂNCER DE ESTÔMAGO: UMA REVISÃO NARRATIVA

DAL PRÁ, Lucas Maciel
lucasdalpra57@gmail.com

ARCEGO, Júlia Zin
julia.arcego@gmail.com

SALA, Vivian Pizzatto
vivi.pizzatto@gmail.com

SOUZA, Bianca Testolin de
bianca_souza_bi@hotmail.com

SILVEIRA, Daniela Augustin
danausilveira@gmail.com

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas mais frequentes que acometem o estômago são originadas nas células epiteliais que, neste órgão, compõem glândulas. Os adenocarcinomas gástricos representam 90 a 95% das neoplasias malignas do estômago e podem decorrer de fatores genéticos e/ou ambientais. No Brasil, representam um grande foco para a saúde pública, uma vez que o câncer de estômago é o terceiro tipo mais frequente entre homens e o quinto entre as mulheres (BRASIL, 2021). Nesse contexto, o presente trabalho tem por objetivo a identificação dos principais tipos de câncer de estômago e suas respectivas repercussões para a saúde, a epidemiologia, os fatores de risco para o desenvolvimento e os desfechos clínicos associados.

METODOLOGIA

Para a revisão bibliográfica foram utilizados 6 artigos, publicados em períodos entre 2010 e 2021. As bases de dados indexadas utilizadas foram Pubmed, Google Acadêmico e Scielo. Para a busca, as palavras-chave foram "câncer de estômago", "neoplasias malignas", "intestinal" e "fatores de risco". Além disso, foi utilizada bibliografia médica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sabe-se que existem 3 tipos histológicos predominantes de neoplasias malignas que acometem o estômago: adenocarcinomas, linfomas e leiomiossarcomas. A mais comum é o adenocarcinoma, sendo responsável por 95% dos tumores, enquanto linfoma e leiomiossarcoma correspondem a 3% e 2% dos casos, respectivamente. A incidência mundial de adenocarcinoma gástrico representa cerca de 1 milhão de casos a cada ano, sendo mais comum em indivíduos do sexo masculino, os quais representam 631.000 novos casos em relação a indivíduos do sexo feminino, nos quais os novos casos apontam cerca de 320.000 em um ano (DE MORAIS, 2020; MENDES, 2019 *apud* BESAGIO *et al.*, 2021). No Brasil, em 2017, ocorreram 9.206 óbitos por câncer de estômago em homens e 5.107 óbitos em mulheres, esses valores corresponderam ao risco de 9,12/100 mil e de 4,93/100 mil, respectivamente (BRASIL, 2019).



O câncer de estômago é classificado de duas formas: pelo aspecto microscópico da lesão (histopatológico) e pelo aspecto macroscópico da lesão (se polipoide, ulcerada ou infiltrativa). A classificação de Lauren subdivide a neoplasia gástrica nos subtipos intestinal e difuso. O tipo intestinal é o de maior incidência no Brasil, incidindo principalmente em homens entre 55 a 60 anos, acometendo a porção do antro gástrico e com disseminação hematogênica, além de ser bem diferenciado. Já o tipo difuso é mais comum em mulheres de 40 a 48 anos, acomete a região de fundo gástrico e cárdia, sendo pouco diferenciado, difunde-se por contiguidade ou via linfática e possui pior prognóstico. As frequências relativas dos cânceres de estômago são de aproximadamente 54% para o tipo intestinal, 32% para o tipo difuso e 15% para o tipo indeterminado. A classificação da OMS, de 2010, reconhece quatro padrões histológicos principais de câncer gástrico: tubular, papilar, mucinoso e pouco coeso (incluindo carcinoma de células em anel de sinete).

Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são raros e iniciam precocemente nas células da parede do estômago, denominadas células intersticiais de Cajal. Estas neoplasias podem surgir em qualquer parte do tubo digestório, mas o sítio primário mais comum é o estômago. Os tumores neuroendócrinos (TNEs), incluindo os tumores carcinoides, iniciam a partir da proliferação de células do sistema neuroendócrino difuso (SNED), também conhecidas como células neuroendócrinas, difusamente distribuídas no tubo digestório. A maioria dos TNEs cresce lentamente e não se espalha para outros órgãos, mas alguns podem crescer e se espalhar rapidamente. Os linfomas são neoplasias originadas de células do sistema imune que, no estômago, poderão ser encontradas em agregados de tecido linfóide que compreendem os nódulos MALT/GALT da mucosa gástrica. O tratamento e o prognóstico para esses tipos de câncer depende do tipo de linfoma e outros fatores associados. Outros tipos de neoplasias também podem iniciar no estômago, como o carcinoma de células escamosas, o carcinoma de pequenas células e os leiomiossarcomas, mas são muito raros.

O desenvolvimento do câncer está fortemente associado a alguns fatores de alimentação e nutrição. Sabidamente, o excesso de gordura corporal aumenta o risco de desenvolvimento de câncer gástrico na região da cárdia, uma vez que a obesidade caracteriza-se por um estado inflamatório crônico com síntese excessiva de fatores pró-inflamatórios, especialmente fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), interleucina-6 (IL-6) e proteína C-reativa. Esse processo favorece mutações somáticas nas células estomacais, o que pode promover o desenvolvimento do câncer. Além disso, destaca-se os níveis elevados de insulina e leptina nesses pacientes o que pode aumentar a proliferação celular, prejudicar a apoptose e promover o crescimento de células cancerígenas. Ademais, o consumo excessivo de sal e de compostos nitrogenados na dieta contribui para a lesão ao epitélio de revestimento do estômago, promovendo inflamação e atrofia da mucosa, podendo favorecer a colonização por *Helicobacter pylori* nos indivíduos portadores dessa bactéria, o que constitui fator de risco para o desenvolvimento da neoplasia maligna, juntamente com o tabagismo.

De acordo com a Sociedade Americana de Câncer, os sinais e sintomas do câncer gástrico costumam incluir: falta de apetite, perda ponderal, dor abdominal, desconforto, sensação de plenitude na parte superior do abdome após uma refeição leve, azia, indigestão, náuseas, vômitos com ou sem a presença de sangue, anemia e hematoquezia. Nos casos de estágios avançados, os pacientes podem se tornar caquéticos e com uma massa epigástrica palpável ao exame físico. Nesse sentido, o diagnóstico deve ser precoce e o método mais utilizado é feito por meio da endoscopia digestiva alta e a histologia das biópsias. Geralmente a endoscopia é solicitada para



os pacientes que apresentam fatores de risco, como os citados acima, ou quando os sinais e sintomas sugerem a presença da doença.

CONCLUSÕES

Diante dos diversos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de neoplasia maligna de estômago, é possível traçar o conceito de que o adenocarcinoma gástrico é uma doença multifatorial, com fatores ambientais e genéticos tendo importante papel etiológico. Alguns dos fatores, como idade e sexo, não são modificáveis, enquanto outros, como fumar e a infecção pela *H. pylori*, potencialmente são. O câncer de estômago localizado na cárdia possui fatores de risco diferentes do câncer de estômago localizado em outras regiões do órgão; contudo, causas comuns a ambos os tipos incluem idade avançada, sexo masculino, tabagismo, exposição à radiação e história familiar.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN CANCER SOCIETY (Estados Unidos). **About Stomach Cancer**. 2021. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/stomach-cancer/about/what-is-stomach-cancer.html>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- BESAGIO, B. P. *et al.* Câncer gástrico: revisão de literatura. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 4, n. 4, p. 16439-16450, 5 ago. 2021. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n4-160>. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/33889>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Câncer de Estômago**: versão para profissionais. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-estomago/profissional-de-saude>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Fox Print, 2019. 122 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- HU, B. *et al.* Gastric cancer: classification, histology and application of molecular pathology. **Journal of Gastrointestinal Oncology**, Orlando, v. 3, n. 3, p. 251-261, 5 abr. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418539/>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- KUMAR, V. *et al.* **Robbins & Cotran - Patologia**: bases patológicas das doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1480 p.



CETAMINA: UMA ALTERNATIVA PARA DEPRESSÃO RESISTENTE A TERAPÊUTICA

PÉCORA DA SILVA, Aline

097780@aluno.uricer.edu.br

BRUCH, Caroline

023499@aluno.uricer.edu.br

ALIEVI MARI, Mariana

marianamari@uricer.edu.br

URI Erechim

INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença de curso crônico e recorrente, frequentemente associada a incapacitação funcional e ao comprometimento da saúde física do indivíduo afetado. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020, classificou a depressão como a 4ª principal causa de deficiência no mundo, caracterizada principalmente pela presença de humor deprimido, perda de prazer ou interesse, alterações no sono e peso, fadiga, sentimento de culpa e até ideação suicida.

O tratamento dessa doença pode envolver diferentes classes de antidepressivos, como os tricíclicos, os de 2ª geração, os inibidores de monoaminoxidase e atípicos. No entanto, alguns pacientes podem não responder satisfatoriamente a essas classes, podendo ser classificados como depressão refratária, ou seja, depressão resistente ao tratamento, aquela em que o paciente após finalizar o tratamento convencional não obteve melhora (PIRES, 2020). A etiologia e a patogênese da depressão resistente não são bem conhecidas, parecendo haver uma contribuição multifatorial.

Em contrapartida a essa falha medicamentosa, existem medidas terapêuticas alternativas para pacientes diagnosticados com depressão refratária, como o uso de cetamina, classificada como um anestésico, o qual quando infundida em doses baixas também possui um potencial de regulação neuronal para transtornos mentais (DIAS, 2022). Desse modo, nosso estudo busca analisar os achados bibliográficos que fizeram uso controlado da cetamina como antidepressivo em pacientes diagnosticados com essa doença. Assim, o objetivo é identificar a interferência - ou não - da cetamina na depressão.

METODOLOGIA

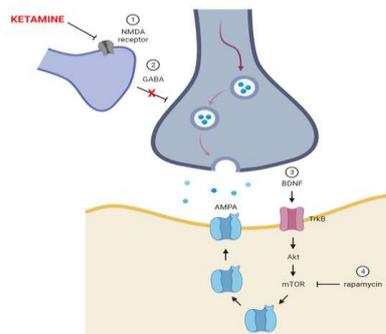
O presente trabalho se baseia em uma breve revisão literária, de caráter exploratório e descritivo, sobre aspectos relacionados ao uso de cetamina em casos de depressão refratária. Nesse sentido, foi elaborado com base em 5 publicações entre 2018 e 2022, por meio de buscas nas plataformas de dados Google Acadêmico, SciELO e PubMed, a fim de encontrar fontes seguras e atuais do tema. Foram utilizadas as palavras-chave "cetamina" e "depressão refratária". Dentre os critérios de inclusão de artigos nesta revisão, foram utilizados os idiomas inglês e português e estudos envolvendo humanos (trabalhos clínicos). Por estes critérios, na seleção dos artigos, definiram-se cinco estudos, dentre um total de quinze artigos encontrados,



com evidências nos últimos 10 anos, buscando-se investigar os mecanismos de ação que justifiquem a utilização da cetamina no tratamento da depressão refratária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A depressão é um tipo de transtorno afetivo que provoca alterações mentais, corporais e distúrbios de humor (JARDIM, 2011), em que cerca de metade dos pacientes que iniciam o tratamento não respondem à primeira medicação antidepressiva, que pode abranger diferentes classes medicamentosas. Nesse sentido, visto que uma parcela da população não responde satisfatoriamente a elas, observa-se que os receptores glutamatérgicos NMDA são propostos como potenciais alvos de novas terapias para o tratamento da depressão - sendo a cetamina, um antagonista dos receptores, uma dessas terapias. A cetamina causa um estado hiperadrenérgico, estimulando os neurônios noradrenérgicos e inibindo a recaptação de catecolaminas, aumentando a liberação de norepinefrina, dopamina e serotonina, observado na figura 1 (KOWALCZYK M, 2021).



(Figura 1)

Em um dos estudos clínicos, observou-se que em menos de duas horas a cetamina reverteu os sintomas depressivos de pacientes resistentes ao tratamento convencional, em que o efeito perdurou por até duas semanas (WILKINSON, 2016). Assim, em casos mais graves da depressão, observa-se a necessidade de um antidepressivo que apresente ação rápida, diferente dos antidepressivos convencionais. Além disso, a cetamina pode contribuir para a atenuação de ideações suicidas (PRICE, 2014), minimizando-se os riscos ao paciente. Existem evidências também que apontam sua utilidade da droga no alívio dos sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (FEDER, 2014) e no tratamento para transtorno obsessivo-compulsivo (RODRIGUEZ, 2013).

No entanto, tratando-se dos efeitos adversos da cetamina contra a DRT, apresentou-se em alguns estudos a perda de memória após vários meses de uso (MATHEW SJ, 2019); bem como reações de emergência, incluindo sintomas psicômiméticos, como alucinações, pesadelos, tontura, delírio e sintomas do tipo vestibular, manifestados por náuseas, vômitos e vertigem, que limita seu uso médico, mas não psiquiátrico (RASMUSSEN, 2014). Em outro estudo, a cetamina causou mais efeitos colaterais que o placebo utilizado (DEAN RL, 2021). No entanto, a sua eficácia e segurança de seu uso a médio e longo prazo ainda não foram bem pesquisados (KOWALCZYK, 2021). Por fim, outro obstáculo para seu uso é a necessidade de administração intravenosa em ambiente hospitalar, sendo um fator limitante ao tratamento, bem como o número de infusões semanais e o período de uso necessários para um resultado terapêutico efetivo.



CONCLUSÕES

É visto, portanto, que apesar da depressão resistente ao tratamento ter uma prevalência na prática clínica, ainda apresenta um longo caminho a percorrer no seu estudo. Assim, a cetamina, de acordo com a maioria dos estudos analisados, apresentou-se como um medicamento que responde ao quadro de depressão refratária de forma rápida. Ao relacionar seus efeitos adversos, uma consequência negativa analisada por alguns estudos foi a perda de memória, enquanto seus efeitos a longo prazo ainda não foram bem pesquisados. Em compensação, tal fármaco proporcionou uma melhora significativa em importantes sintomas depressivos, como a variação diurna do humor, a despersonalização e desrealização, os sintomas somáticos em geral e a ideação suicida

Em conclusão, essa nova proposta de fármaco antidepressivo pode tornar-se uma nova alternativa terapêutica para a sociedade, visto seus efeitos rápidos quando administrados em baixas doses. Torna-se necessário, portanto, o prosseguimento de pesquisas com seu uso, estabelecendo-se outras características posológicas da cetamina contra a depressão resistente ao tratamento, possibilitando maiores evidências que contribuam para a sua utilização, especialmente nos pacientes que são refratários aos tratamentos convencionais.

REFERÊNCIAS

DEAN, R. L.; HURDUCAS, C.; HAWTON, K.; SPYRIDIS, S.; COWEN, P. J.; HOLLINGSWORTH, S.; MARQUARDT, T.; BARNES, A.; SMITH, R.; MCSHANE, R.; TURNER, E. H.; CIPRIANI, A. Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in adults with unipolar major depressive disorder. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.9, n.9, sep., 2021.

DIAS, I. K. S. *et al.* Uso da cetamina na depressão resistente ao tratamento: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 3, p. 247-252. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000371>. Acesso em: 10 ago. 2022.

KOWALCZYK, M.; KOWALCZYK, E.; KWIATKOWSKI, P.; TOPUSIEWICZ, T.; SIENKIEWICZ, M.; TALAROWSKA, M. Ketamine-New Possibilities in the Treatment of Depression: A Narrative Review. **Life (Basel)**, v.11, n.11, p.1186, 2021.

PIRES, F. L. N. **Uso da cetamina no tratamento da depressão**: revisão de literatura. Monografia. Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2020. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/30243/1/2020_FlaviaLuizaNogueiraPires_tcc.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.

ZACCARELLI-MAGALHAES, J. *et al.* Novas tendências do uso da cetamina nos transtornos de depressão: implicações no desenvolvimento da progênie. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 31-46, jun. 2018.



DA COLÔNIA AO CONTEMPORÂNEO: BREVE RELATO HISTÓRICO DO HOSPITAL SANTA ISABEL, DE GAURAMA, RS

KIELEK, Natalia Demarco
099535@aluno.uricer.edu.br

ZANIN, Elisabete Maria
emz@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

Gaurama, ou antiga Barro, é um município do estado do Rio Grande do Sul, que iniciou sua colonização nos primeiros anos do século XX. De início, a ocupação se deu pela construção da linha férrea, nos anos 1907/1908, e conseqüente criação de povoados ao redor dos trilhos. Imigrantes instalaram-se na colônia motivados pela economia possibilitada pela linha ferroviária, bem como pela propaganda de “Clima sem febres” (LUCE, ROSA & CIA. LTDA, [191-?]).

O primeiro registro histórico da figura médica no município se dá em 1919, e a criação de um Hospital todo em madeira, em 1924. Em 1935, esse mesmo hospital, denominado Hospital Santa Isabel, recebeu um anexo de alvenaria e, em 1961, após compra pela Congregação das Irmãs Franciscanas, um novo e moderno hospital foi construído (THOMÉ, [s. d.]).

Inúmeros procedimentos foram realizados neste Hospital, sendo considerado referência, por anos, para o município de Gaurama. Contudo, a partir de 1988, a situação se altera com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a premissa de descentralização e regionalização de saúde. Sendo assim, hospitais de pequeno porte, como o caso do de Gaurama, iniciam um processo de declínio: pouco a pouco, essas Instituições diminuem o número de procedimentos, ou passam a realizar ações duplicadas, tais como as da atenção básica (CARPANEZ; MALIK, 2021).

Nesse contexto, essa pesquisa objetiva identificar e, no seu desdobramento, caracterizar, brevemente, como foi a história hospitalar na cidade de Gaurama.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma pesquisa exploratória, por meio de análise bibliográfica e documental. Como fontes primárias, utilizou-se a observação direta de documentos, fotografias e artefatos disponibilizados no Museu Municipal Irmã Celina Schardong, bem como no Hospital Santa Isabel. Como fontes secundárias, têm-se a leitura e análise de livros, teses e artigos sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descentralização da saúde no país como princípio fundamentador do Sistema Único de Saúde (SUS) contribui, por exemplo, para a significativa propagação da atenção básica de saúde, com efeitos positivos na cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal (SCHIAVON, 2015).

Entretanto, especialmente a partir de 2002, com o estabelecimento da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), há a organização da saúde em territórios, de forma a contemplar espaços supramunicipais, em que se articulam as redes de assistência à saúde (CARDOSO *et al.*, 2016). Nesse sentido, Gaurama



passa a fazer parte da 16^o Região de Saúde do Rio Grande do Sul e 11ª Coordenadoria de Saúde, sendo Erechim o município polo da referida Região.

Com essa estruturação da saúde inicia-se a problemática observada no hospital de Gaurama, uma vez que a maioria dos financiamentos destinados à saúde se diluem na região e são focados para o município de Erechim. Duarte, Mendes e Louvison (2018) afirmam que “a grande fragmentação na transferência de recursos, restringe a autonomia dos entes municipais [...] grande parte dos incentivos é voltada às ações e aos serviços da Média e Alta Complexidade Ambulatorial Hospitalar.” Em consonância com os autores, percebe-se como o hospital gauramense, de fato, passa ao cenário de marginalização frente à construção de uma Região de Saúde que privilegia serviços da MAC.

Gaurama esteve no apogeu da área da saúde, essencialmente na Medicina, nas décadas de 70 até 90, quando o Hospital, recentemente construído, era referência na cidade para a realização de procedimentos.

A história da medicina na cidade se inicia antes mesmo da chegada de profissionais médicos ou da construção de um hospital. Lauro Thomé descreve como se organizava a população nas questões médicas, antes do profissional médico participar da cidade: “Era médico, dentista, farmacêutico e construtor o próprio colono, nas priscas eras do Barro. Em outras palavras: ou o doente resistia, ou sucumbia; tudo estava nas mãos de Deus, em Quem o desprotegido confia...” (THOMÉ, [s. d.], p. 36).

Por volta de 1919 (THOMÉ, [s. d.], p. 36), tem-se o primeiro profissional médico na cidade: Domingos Dias da Vega, possivelmente trazido pela companhia colonizadora que havia prometido, em propagandas, a presença médica na colônia, não havendo, contudo, registros históricos que comprovem tal relação. Em 1922, junto da chegada das Irmãs Franciscanas à cidade, veio o Dr. König, que permaneceu um ano clinicando. Em 1924, o Dr. Gunter Severins instala-se na cidade e, em 1932, vindo da Itália, chega o Dr. Marcos Finocchio, que permaneceu na cidade até a década de 50. Dr. Marcos foi o primeiro médico que, conforme os registros históricos, apresentou diploma. Graduado na Universidade de Messina, em 1931, ele embarcou ao Brasil e se instalou na colônia Barro com a família.

Concomitantemente a essas mudanças há, também, a criação do Hospital Santa Isabel. Em 1924, com o pedido da Paróquia local, as Irmãs Franciscanas de Maria Auxiliadora Lídia Sahler, Bertha Schmidt, Lúcia Maluche e Maria Florentina Haselwender foram as fundadoras e primeiras funcionárias do hospital. “Era uma casa de madeira, similar a um armazém, com 5 compartimentos, sem janelas de vidro e sem fechaduras. Havia em uma casinha de madeira, com quartos para residência das Irmãs. [...] só cabiam 5 pessoas” (MUSEU MUNICIPAL IRMÃ CELINA SCHARDONG, 2019, p. 48). Em 1935, no mesmo local, houve um acréscimo de prédio em alvenaria.

Entretanto, com as mudanças e o crescente aumento populacional, a comunidade carecia de um local e edifício mais apropriado. Assim, com a compra do Hospital Santa Isabel, pela Congregação das Irmãs Franciscanas de Maria Auxiliadora, por 570 mil cruzeiros, em 1947, inicia-se o movimento de melhorias à Instituição (THOMÉ, [s. d.]).

Em 1958, inicia-se a construção do novo e moderno hospital, graças aos valores arrecadados pela Congregação e por festas realizadas na comunidade, segundo o Museu Municipal Irmã Celina Schardong (2019), “em março, realizou-se uma festa em benefício ao novo hospital. Embora o tempo tenha atrapalhado um pouco, foi possível arrecadar dinheiro para a colocação de 22 quartos”. No dia 15 de



abril de 1961, inaugura-se o novo Hospital Santa Isabel que, até hoje, presta serviços de saúde aos municípios de Gaurama.

CONCLUSÕES

É perceptível que a história hospitalar em Gaurama esteve e ainda está, essencialmente, atrelada aos serviços da Igreja Católica.

Ademais, percebe-se que o árduo processo de construção e de instalação do Hospital Santa Isabel não ficou restrito ao período da colônia Barro. Com a nova estruturação de saúde, o hospital passou por momentos de dificuldades. Entretanto, com o ímpeto da nova gestão hospitalar de Gaurama, na revitalização e transformação parcial do Hospital Santa Isabel em Residencial Maria Bernarda, bem como o apoio da Prefeitura Municipal, as problemáticas, pouco a pouco, têm sido superadas e a história do hospital continua ganhando novos capítulos.

REFERÊNCIAS

CARDOSO, M. de C. B. *et al.* Processo de regionalização na saúde: perspectivas históricas, avanços e desafios. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 4, p. 227–235, 5 nov. 2016.

CARPANEZ, L. R.; MALIK, A. M. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1289–1298, 19 abr. 2021.

DUARTE, L. S.; MENDES, Á. N.; LOUVISON, M. C. P. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). **Saúde em Debate**, v. 42, p. 25–37, mar. 2018.

LUCE, ROSA & CIA. LTDA. **Ein neuer Wegweifer**. [S./]. [191-?]. 1 p.

LE GOFF, J. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1997.

MUSEU MUNICIPAL IRMÃ CELINA SCHARDONG. **Centenário da Paróquia São Luiz Gonzaga de Gaurama: no barro trilhando caminhos de fé (1919-2019)**. Gaurama: Edelbra, 2019.

SCHIAVON, L. D. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, abr.-jun., 2015, p. 472-485. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019>.

THOMÉ, L. N. F. **Esboço Histórico de Gaurama: Em comemoração ao cinquentenário de colonização. 1911-50-1961**. Erechim: Gráfica Carraro, [s. d.].

WOLFF, G. H. **Trilhos de ferro, trilhas de Barro: a ferrovia no norte do Rio Grande do Sul – Gaurama (1910-1954)**. Passo Fundo: Ed.UPF, 2005.



DESENVOLVIMENTO DE EDEMA AGUDO PULMONAR DECORRENTE DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTO

SOARES, Julia Tolfo
juliatolfos@gmail.com

SACON, Andressa Nicole
andressansacon@gmail.com

DEIFELD, Daniel Mews
dmewsdeifeld@gmail.com

DE MORAIS, Lays Messias
lays.messias@hotmail.com

ZEPKA, Mariah Maestri
zepkamariah@gmail.com

GRITTI, Leandro
gritti@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) vem sendo considerada um grave problema de saúde pública, com elevada morbimortalidade em pessoas idosas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). Um dos principais agravamentos clínicos dos subtipos congestivo e descompensado é o Edema Agudo de Pulmão (EAP), que é considerada uma situação emergencial (RIBEIRO *et al.*, 2014).

No Brasil, a prevalência de IC é de aproximadamente 2 milhões de pacientes, e sua incidência é de aproximadamente 240.000 novos casos por ano (CESTARI *et al.*, 2021). O edema agudo de pulmão (EAP) cardiogênico é uma doença com altas taxas de mortalidade (um terço dos pacientes morre em um ano) (MANTA, 2022). Desse modo, o presente artigo tem como objetivo discutir a fisiopatologia do Edema Agudo de Pulmão associado a Insuficiência Cardíaca, assim como, discorrer sobre o tratamento para reverter essa situação que apresenta altos índices de mortalidade.

METODOLOGIA

O presente resumo expandido compreende uma breve revisão da literatura, de caráter descritivo e exploratório, sobre as manifestações clínicas do Edema Pulmonar associado à Insuficiência Cardíaca, já descritas, assim como as possíveis formas de tratamento. Foi elaborado por meio de artigos, livros e publicações, com buscas na plataforma do Google Acadêmico e Scielo, durante o período de 15/07/22 a 08/08/22. Palavras-chaves: insuficiência cardíaca; edema de pulmão; patologia; tratamento; epidemiologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A IC é uma síndrome clínica complexa decorrente da redução da capacidade cardiovascular de bombeamento sanguíneo, deixando de atender adequadamente às necessidades metabólicas de diversos tecidos e órgãos. Isto decorre de alterações estruturais e funcionais que resultam em baixo débito cardíaco e/ou aumento das



pressões de enchimento ventricular em condições de esforço ou repouso (BRASIL, 2018).

A principal classificação usada para definir IC baseia-se na FEVE (fração de ejeção do ventrículo esquerdo) e compreende pacientes com FEVE normal ($\geq 50\%$), denominada IC com fração de ejeção preservada (ICFEp), pacientes com fração de ejeção entre 40 e 49% definidos como IC de fração de ejeção intermediária (ICFEi) e aqueles com FEVE reduzida ($< 40\%$), denominados IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr). Outra classificação é a funcional de acordo com a NYHA, usada para descrever e classificar de acordo com a gravidade dos sintomas. Os pacientes de classe I não possuem sintomas, de classe II apresentam sintomas em atividades físicas habituais, de classe III têm sintomas em atividades mais leves que as habituais e de classe IV possuem sintomas mesmo em repouso (ROHDE, 2018).

O aumento da pressão venosa pulmonar e sistêmica, resulta no aumento de líquidos nos órgãos, num processo de congestão hídrica. Sendo essa condição justificada pela descompensação da função sistólica e/ou diastólica (MESQUITA *et al.*, 2019). O surgimento do edema pulmonar envolve a inter-relação entre as pressões hidrostática e oncótica dos capilares pulmonares. Com surgimento da disfunção ventricular esquerda, ocorre desequilíbrio nestas relações e o conseqüente extravasamento de líquidos para o espaço intersticial e alveolar (edema de pulmão). A persistência dessa condição leva ao aumento da pós carga no ventrículo direito o que pode levar a uma disfunção ventricular direita com redução do seu débito sistólico (MACLVER; CLARK, 2015).

Devido à instabilidade do quadro de EAP, faz-se necessária a utilização de diuréticos potentes por via intravenosa, associada a vasodilatadores arteriais e/ou venosos para redução da pré e pós carga do coração. Em situações de EAP associado à hipotensão devido à falência da bomba cardíaca, o uso de dobutamina em infusão contínua também é uma opção. O uso de pressão positiva nas vias aéreas (CPAP) é importante auxiliar no manejo do EAP na sala de emergência, pois reduz o esforço e/ou desconforto respiratório, melhora a oxigenação, facilita a reabsorção do edema alveolar pelo aumento da pressão interalveolar e reduz o retorno venoso (ROHDE, 2018).

CONCLUSÕES

Tendo em vista a morbimortalidade do EAP associado a insuficiência cardíaca, é necessário aprimorar o entendimento de sua fisiopatologia, assim como, do manejo clínico desses pacientes, buscando melhorar o desfecho dos casos de Edema Agudo de Pulmão decorrentes da Insuficiência Cardíaca.

Porém, notamos que mesmo com maior conhecimento da fisiopatologia e manejo do EAP disponíveis na atualidade, isto ainda não chegou efetivamente para toda a população, especialmente em centros urbanos menores ou periféricos. Assim, são necessárias ações de educação permanente para os profissionais médicos que estarão assistindo estes pacientes nas salas de emergência, bem como treinamento das equipes multiprofissionais e necessária interdisciplinaridade no atendimento de casos complexos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, D. C. *et al.* | Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca - Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 104, n. 6, jun., 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/ckBGMzMpD5G739wNv8BQJkH/?lang=pt>



CESTARI, V. R. F. *et al.* Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Ceará, dez., 2021. Disponível em: <https://shre.ink/m1kQ>.

MACLVER, D. H.; CLARK, A. L. The Vital Role of the Ventricle in the Pathogenesis of Acute Pulmonary. **Am J Cardiol**, v. 115, n. 7, p. 992-1000, apr. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25697920>.

MANTA, I. A. Edema agudo de pulmão (EAP) cardiogênico: 10 perguntas que os intensivistas devem saber responder. **PEBMED**, 2022. Disponível em: <https://abrir.link/yVCcE>

MESQUITA, E. T. *et al.* Insuficiência cardíaca com fração e ejeção intermediária - estado da arte. **Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)**, Niterói, p. 784-90, fev. 2019. Disponível em: <https://abrir.link/2TFso>.

ROHDE, L. E. P. *et al.* Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.111, n.3, p.436-539, set. 2018. Disponível em: <https://abrir.link/w8TFd>



DIABETES *MELLITUS* GESTACIONAL: ENFOQUE NOS FATORES DE RISCO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

MARTELLO, Yasmin Benetti

100158@aluno.uricer.edu.br

DE OLIVEIRA, Lara Vieira

100357@aluno.uricer.edu.br

KIELEK, Natalia Demarco

099535@aluno.uricer.edu.br

DEIFELD, Daniel Mews

100338@aluno.uricer.edu.br

GABRIELLE, Bárbara Cristina

100335@aluno.uricer.edu.br

GIOLLO, Alessandra

alessandrapiollo@uricer.edu.br

URI Erechim

INTRODUÇÃO

A diabetes *mellitus* gestacional é a desordem metabólica mais comum na gravidez (ŠIMJÁK *et al.*, 2018). A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia com um grupo multicêntrico constituído para analisar hiperglicemia na gestação, referiu que um em cada seis nascimentos no mundo ocorre em mulheres com alguma forma de hiperglicemia durante a gestação, sendo 84% das quais devido à diabetes *mellitus* gestacional (FIGO *et al.*, 2015). De forma análoga, vê-se que a cada 100 mulheres grávidas que adentram o Sistema Único de Saúde (SUS) para realizar o pré-natal, cerca de 18 apresentam diabetes gestacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *et al.*, 2017). Nas últimas décadas, é verificado maior número de gestantes com diabetes *mellitus* e isso provavelmente se deve ao fato de muitas mulheres estarem engravidando mais idosas, com mais sobrepeso e mais sedentárias (DIRETRIZ OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2022). Nesse aspecto, é fundamental a ampliação dos conhecimentos e estudos frente a patologia, visto sua prevalência e importância na homeostase materno fetal.

O presente resumo expandido tem como propósito a identificação dos principais fatores de risco para o aparecimento de diabetes gestacional bem como a descrição dos atuais critérios diagnósticos pregados pelo Ministério da Saúde do Brasil e outros órgãos responsáveis.

METODOLOGIA

O presente estudo baseou-se em uma pesquisa bibliográfica, a partir de análise qualitativa realizada mediante pesquisa nas plataformas digitais, como Google Acadêmico, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde, por meio das palavras-chave: diabetes gestacional, diabetes *mellitus* gestacional, critério diagnóstico, gravidez.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A diabetes *mellitus* gestacional (DMG) é conceituada, consoante definição da Organização Mundial da Saúde *et al.*, (2017), como uma intolerância de qualquer grau aos carboidratos, com início ou reconhecimento durante a gestação atual e que não aborda os critérios diagnósticos de diabetes *mellitus* fora da gestação. Além disso, apresenta-se com prevalência de cerca de 18% no Sistema Único de Saúde (SUS) ao utilizar os critérios diagnósticos atualmente na literatura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *et al.*, 2017). Neste sentido, nota-se a indispensabilidade de destacar a diabetes *mellitus* gestacional como um problema de saúde pública e associá-la com seus fatores de risco e critérios diagnósticos, para que assim seja possível realizar discussões científicas amplas.

Ao analisar os aspectos fisiopatológicos da doença é verificável que, durante o perpassar do estado gravídico, há maior secreção de hormônios pela placenta, como o lactogênio placentário, os quais antagonizam o efeito da insulina. Assim, no segundo e terceiro trimestre da gravidez há maior presença de resistência à insulina considerada fisiológica, com aumento de hormônios hiperglicemiantes. Contudo, a instalação da DMG ocorre quando a solicitação da produção de insulina é maior do que a sua produção pelas células beta do pâncreas endócrino (REIS *et al.*, 2019). Além disso, nas mulheres grávidas que já possuem algum grau de resistência à insulina, como nos casos de obesidade e síndrome de ovários policísticos, este estado fisiológico de resistência à insulina será potencializado e ocorre o favorecimento do quadro de hiperglicemia, caracterizando diabetes gestacional (BOLOGNANI *et al.*, 2011).

Nesse sentido, vários fatores de risco podem estar associados ao desenvolvimento da diabetes durante a gestação. Conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), a idade materna avançada é um fator de risco para DMG, entretanto não há especificação de faixa etária. Além disso, o sobrepeso, a obesidade, a deposição central excessiva de gordura corporal e o ganho demasiado de peso na gestação também predispõe para a diabetes gestacional. Nesse contexto, um estudo observacional, do tipo série de casos com gestantes diabéticas atendidas em nível ambulatorial e em internamento hospitalar expôs que 78,9% das gestantes apresentavam excesso de peso antes da gestação e 80,7% durante o período gestacional (CYSNEIROS *et al.*, 2020). Ainda, existem outros fatores de risco, como: história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia, DMG prévio, antecedentes pessoais de alterações metabólicas (síndrome dos ovários policísticos, dislipidemias, hipertensão arterial crônica, acantose nigricans) e hemoglobina glicada $\geq 5,7\%$ no primeiro trimestre (DIRETRIZ OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2022).

Sabe-se que o diagnóstico precoce para diabetes gestacional previne complicações maternas e fetais (BOLOGNANI *et al.*, 2011). A partir disso, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) juntamente com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e com o Ministério da Saúde do Brasil padronizaram, no ano de 2017, os critérios diagnósticos para DMG. Sendo assim, o rastreamento da diabetes na gestação inicia na primeira consulta pré-natal, quando é solicitada a glicemia de jejum, com pontos de corte $\geq 92\text{mg/dl}$ caracterizando diabetes gestacional e $\geq 126\text{mg/dl}$ caracterizando diabetes fora da gestação (*overt diabetes*). Caso o valor seja normal ($<92\text{mg/dl}$), recomenda-se solicitar o teste de tolerância oral à glicose com 75g



(TOTG) entre a 24ª e 28ª semana de gestação, com dosagem de glicemia em jejum, 1h após e 2h após a ingestão. Valores ≥ 92 em jejum, ≥ 180 na primeira hora e ≥ 153 na segunda hora, definem o diagnóstico de diabetes gestacional. Valores ≥ 126 em jejum ou ≥ 200 em qualquer momento do teste, caracterizam o diagnóstico de diabetes mellitus fora da gestação.

Vale ressaltar que a hiperglicemia na gestação está associada ao risco de diversas complicações maternas e fetais. Durante o período gestacional as mulheres com diabetes ficam mais predispostas a desenvolver candidíase vaginal, infecção urinária, polidrâmnio, desordens hipertensivas e ocorrem maiores índices de cesariana devido a esta patologia. A longo prazo o diabetes *mellitus* gestacional é o principal fator de risco para desenvolvimento de diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. Em relação às complicações fetais, evidencia-se um maior risco de abortamento, prematuridade, macrossomia, polidrâmnia, retardo no amadurecimento pulmonar, tocotraumatismo, óbito intrauterino, hipoglicemia neonatal, desconforto respiratório e hiperbilirrubinemia (DIRETRIZ OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2022). Dessa forma, é importante destacar que os riscos associados ao diabetes na gestação podem ser reduzidos com o planejamento adequado da gestação, realização de exames para que ocorra um diagnóstico precoce, bom controle glicêmico materno antes, durante e após o parto e modificações no estilo de vida com controle do peso corporal e prática regular de exercício físico (SERLIN; LASH, 2009).

CONCLUSÕES

Infere-se, portanto, que o diabetes *mellitus* gestacional é uma condição ocasionada pelo aumento fisiológico de secreção hormonal antagonista à insulina. Todavia, apesar do crescimento esperado da produção de hormônios - principalmente de origem placentária - o DMG é constatado quando a solicitação da produção de insulina é maior do que a sua produção pelas células beta do pâncreas endócrino. Ademais, os principais fatores que influenciam e/ou predispõem a tal condição médica são obesidade, síndrome dos ovários policísticos, DMG em gestações prévias e história familiar da doença. Em conclusão, constatou-se que gestantes que desenvolveram diabetes *mellitus* gestacional apresentam um alto risco de progredir para o diabetes tipo 2 e síndrome metabólica, além disso seus filhos terão um maior risco de apresentarem obesidade, diabetes e síndrome metabólica na vida adulta.

REFERÊNCIAS

BOLOGNANI, C. V. *et al.* Diabetes mellitus gestacional - enfoque nos novos critérios diagnósticos. **Com. Ciências Saúde** – v.22, n.1, p. 31-42, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/diabetes_mellitus_gestacional.pdf. Acesso em: 6 ago. 2022.

CYSNEIROS, G. F. *et al.* Estado nutricional e consumo alimentar de gestantes diabéticas atendidas em hospital de referência em Recife-PE. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 7, p.46320-46335, jul. 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/13123/11035>. Acesso em: 6 ago. 2022.

GOLBERT, A. *et al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020: Diabetes mellitus gestacional**. 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp->



content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf. Acesso em: 6 ago. 2022.

HOD, M.; KAPUR, A.; SACKS, D.A.; HADAR, E.; AGARWAL, M. D. I.; RIENZO, G.C. *et al.* The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Initiative on gestational diabetes mellitus: a pragmatic guide for diagnosis, management and care. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 131, n.3, S173-211, 2015. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/S0020-7292%2815%2930033-3>. Acesso em: 29 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE *et al.* **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil.** Brasília, 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/Rastreamento-Diabetes.pdf. Acesso em: 6 ago. 2022.

REIS, M. G. V. *et al.* Diabetes mellitus gestacional: aspectos fisiopatológicos materno-fetais. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, Londrina, v. 35, n. 69, 2019. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistatest/article/view/1167/1073>. Acesso em: 6 ago. 2022.

SERLIN, D.; LASH, R. Diagnóstico e tratamento do diabetes mellitus gestacional. **American Family Physician**, v.80, n.1, p.57-62, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621846/>. Acesso em: 7 ago. 2022.

ŠIMJÁK, P. *et al.* The role of obesity and adipose tissue dysfunction in gestational diabetes mellitus. **Journal of Endocrinology**, v.238, n. 2, 2018. Disponível em: [https://joe.bioscientifica.com/view/journals/joe/238/2/JOE-18-0032.xml#:~:text=Obesity%20and%20GDM%20are%20frequently,GDM%20complications%20\(Berggren%20et%20al](https://joe.bioscientifica.com/view/journals/joe/238/2/JOE-18-0032.xml#:~:text=Obesity%20and%20GDM%20are%20frequently,GDM%20complications%20(Berggren%20et%20al). Acesso em: 7 ago. 2022.

ZAJDENVERG, L.; FAÇANHA, C.; DUALIB, P.; GOLBERT, A.; MOISÉS, E.; CALDERON, I.; MATTAR, R.; FRANCISCO, R.; NEGRATO, C.; BERTOLUCI, M. **Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação.** Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022) Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/rastreamento-e-diagnostico-da-hiperglicemia-na-gestacao/>. Acesso em: 29 ago. 2022.



DOENÇA DE CROHN: UMA REVISÃO NARRATIVA

ARCEGO, Júlia Zin
julia.arcego@gmail.com

ANDREOLI, Marina
mrnandreoli@gmail.com

DAL PRÁ, Lucas Maciel
lucasdalpra57@gmail.com

SALA, Vivian Pizzatto
vivi.pizzatto@gmail.com

SOUZA, Bianca Testolin de
bianca_souza_bi@hotmail.com

SILVEIRA, Daniela Augustin
danausilveira@gmail.com
URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

A doença de Crohn é classificada como uma doença inflamatória intestinal, crônica, que afeta qualquer parte do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus. A doença apresenta diversas situações desencadeantes de lesão, entre elas o cunho genético, meio ambiente, microbiota intestinal e até agentes entéricos infecciosos, sendo que acomete principalmente jovens, do sexo feminino. Com isso, o presente trabalho tem como objetivo principal trazer um esclarecimento com base científica sobre a fisiopatologia dos aspectos micro e macroscópicos da doença.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura para identificar estudos que tiveram como base a análise da Doença de Crohn em sua totalidade. A pesquisa baseou-se em 6 artigos, publicados no período de 2008 até 2021. Para a revisão bibliográfica, foram utilizadas bases de dados indexadas, como Pubmed, Scielo e Google Acadêmico. As palavras chave utilizadas foram "Doença de Crohn", "colite crônica", "condições inflamatórias autoimunes do tubo digestório".

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Doença de Crohn caracteriza-se por ser uma doença inflamatória intestinal de origem desconhecida. Pode acometer qualquer porção do tubo digestório (da boca até o ânus), acometendo focal, assimétrica e transmuralmente essas porções. Em 30% dos pacientes a doença é restrita ao intestino delgado, sendo que o íleo distal (40% dos casos), cólon e região perianal (25% dos casos) são as regiões mais acometidas (PINOTTI, 1994; CASTELLI *et al.*, 2005). Além das manifestações no sistema digestório, a Doença de Crohn pode ter outras manifestações clínicas, extra gastrointestinais, sendo as mais frequentes as manifestações oftalmológicas, dermatológicas e reumatológicas. No que tange à epidemiologia, a prevalência da doença é de 50:100.000, enquanto a incidência, que diz respeito aos novos casos, é de 5:100.000. Sabe-se que ambos os sexos podem ser acometidos pela doença,



sendo mais frequente em adultos jovens com idade entre 25 e 45 anos, além de ser muito prevalente entre irmãos (PINOTTI, 1994).

A Doença de Crohn ainda não possui um fator etiológico específico, contudo, são destacados alguns fatores desencadeantes da doença, entre eles pode-se citar: o (1) tabagismo, que além de aumentar o risco em desenvolver a doença, aumenta também a incidência de complicações como estenoses ou fístulas e, ainda, a necessidade de tratamento cirúrgico; a (2) dieta alimentar e o crescente consumo de alimentos industrializados e a diminuição do consumo de fibras e leite; as (3) infecções bacterianas, que provocam uma desregulação da microbiota intestinal; o (4) uso de fármacos como drogas anti-inflamatórias não esteroidais e os contraceptivos orais têm mostrado relação de causalidade com a doença; os fatores (5) ambientais, (6) genéticos: a associação entre mutações no gene CARD15, o qual codifica a proteína NOD-2, com a ocorrência de doenças inflamatórias intestinais, sendo este o gene mais estudado na Doença de Crohn (CHO, 2001; SARTOR, 2006; BAPTISTA, 2008; MYRELID, 2009; RIBEIRO, 2009; KOTZE; KOTZE, 2010; KOTZE, KOTZE; KOTZE, 2011; MALOY; POWRIE, 2011); e (7) imunológicos: um antígeno inespecífico, associado a fatores ambientais e à microbiota intestinal, ativam uma resposta inflamatória e imune desregulada em indivíduos geneticamente suscetíveis. (GRIMM; DOE, 1996; MYRELID, 2009; SARTOR, 2009; WGO, 2009; MALOY; POWRIE, 2011).

No que diz respeito às alterações macroscópicas da doença, caracteriza-se por lesão transmural, que acomete todas as camadas da parede intestinal, as quais são salteadas e provocam um estreitamento do lúmen intestinal, o que é conhecido popularmente como "mucosa em ladrilho" ou "pedra de calçamento". Isso é característica própria da Doença de Crohn, o que ajuda no diagnóstico diferencial da Colite Ulcerativa, a qual afeta apenas a camada mucosa e submucosa, e atinge somente o cólon e o reto. A doença aguda apresenta alças intestinais róseo-acinzentadas ou vermelhas púrpuras escuras, com parede intestinal de aspecto borrachudo e espesso, como resultado do edema, inflamação, fibrose e hipertrofia da muscular própria (ROBBINS; COTRAN, 2016)

Por ser uma doença panentérica (pode comprometer todo o tubo digestório), aspectos histopatológicos da Doença de Crohn podem ser surpreendidos em biópsias teciduais retiradas de locais remotamente situados em relação ao segmento comprometido pela doença. Os principais achados microscópicos são a presença de granulomas de células de Langhans não-caseosos (considerado sinal microscópico patognomônico da doença, encontrado em 35% dos casos), microabscessos ou abscessos de criptas infiltrados por neutrófilos, metaplasias de células de Paneth (que podem ser encontradas em cólon esquerdo, onde essas células normalmente não existem) fissuras, infiltrado celular inflamatório crônico, hiperplasia linfóide, edema e fibrose (ROBBINS; COTRAN, 2016). Ademais, a Doença de Crohn classifica-se em cinco subgrupos, de acordo com a localização anatômica das lesões (MOTA, 2007; SOUZA *et al.*, 2002; WGO, 2009; STEINWURZ, 1999): ileal, colônica, ileocolônica, doença confinada somente ao trato gastrointestinal alto e envolvimento perianal.

Os sintomas mais frequentes da Doença de Crohn são dor do tipo cólica abdominal, diarréias mucosanguinolentas, vômitos, febre e perda de peso. Algumas complicações no sistema gastrintestinal são comuns, entre elas, ulcerações, fístulas, estenoses e granulomas, mas também pode causar complicações extraintestinais, tais como erupções na pele, artrite e inflamação dos olhos. Sinais como a anemia por deficiência de ferro são características do acometimento do cólon pela Doença de Crohn, enquanto a perda de proteínas séricas, hipoalbuminemia, má absorção de nutrientes e de vitamina B12 indicam acometimento do intestino delgado.



Como a Doença de Crohn pode comprometer todo o aparelho digestório e desenvolver sintomas semelhantes aos de outras moléstias gastrointestinais, é necessário localizar as áreas afetadas por meio de exames de imagem como endoscopia digestiva, colonoscopia, raios X do trânsito intestinal, tomografia e ressonância magnética, são importantes para estabelecer o diagnóstico diferencial. O tratamento, por sua vez, é instituído de acordo com a fase de evolução da doença, basicamente, ele se volta para conter o processo inflamatório, aliviar os sintomas, prevenir as recidivas e corrigir as deficiências nutricionais. Nas fases agudas, pode ser necessário administrar corticosteroides por via oral. Se o paciente não responder a esse tratamento, existem drogas imunossupressoras que induzem períodos de remissão clínica, mas podem ter efeitos colaterais adversos. Na maioria dos casos, a intervenção cirúrgica fica reservada para os quadros graves de obstrução intestinal, doença perineal, hemorragias e fístulas. Assim, um dos grandes desafios para a remissão da doença diz respeito ao tratamento, que deverá ser feito de forma continuada, trazendo efeitos colaterais indesejáveis, o que dificulta a adesão dos pacientes ao mesmo, fato este que contribui para recidivas.

4 CONCLUSÃO

Nesse sentido, é de extrema importância que o profissional médico esteja habilitado para realizar o correto rastreio para a definição diagnóstica desta doença, que apesar de infrequente e com característica multifatorial, deverá compor o roll de diagnósticos diferenciais em um paciente na prática clínica diária com um quadro de diarreia crônica ou persistente. Além disso, um paciente com diagnóstico de Doença de Crohn, em função do caráter crônico da mesma, necessita de um acompanhamento sistemático de uma equipe multiprofissional, visando diminuir os sintomas e as recidivas.

5 REFERÊNCIAS

ARAUJO SEA, OLIVEIRA JR O, MOREIRA JPT, HABR-GAMA A, CERSKI CTS, CASERTA NMG. **Doença de Crohn Intestinal: Manejo**. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. São Paulo. 2008.

BAPTISTA ML. **Associação de Polimorfismo dos genes CARD15 e IL23R com Doença de Crohn em uma População Brasileira**. Curitiba, 2008. 113 f. Dissertação de Doutorado de Medicina Interna, setor de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Paraná.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 966, de 2 de outubro de 2014. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn. **Portaria nº 966**. Brasília, DF. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/07/pcdt-Dca-Crohn.pdf>. Acesso em 06 nov. 2021

GOMES, K.N.C *et al.* **Doença de Crohn e seus principais aspectos**. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_47_1483204114.pdf. Acesso em 06 nov. 2021.

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



PAPACOSTA, N. G.; NUNES, G. M.; PACHECO, R. J.; CARDOSO, M. V.; GUEDES, Virgílio Ribeiro. DOENÇA DE CROHN: UM ARTIGO DE REVISÃO. **Revista de Patologia do Tocantins**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 25-35, 20 jun. 2017. Universidade Federal do Tocantins. <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2017v4n2p25>. Acesso: 10 ago. 2022

SANTOS, SHAYENNE DE CASTROS. **Doença de Crohn**: uma abordagem geral. Curitiba, 2011. Monografia apresentada à Pós-Graduação em Análises Clínicas, da Universidade Federal do Paraná.



ESTUDO FARMACOBOTÂNICO DA GOIABEIRA SERRANA

GALINA, Tauane

097704@aluno.uricer.edu.br

DIEFENTHAELER, Helissara

helissara@uricer.edu.br

ZANIN, Elisabete Maria Zanin

emz@uricer.edu.br

URI Erechim

INTRODUÇÃO

O estudo das plantas medicinais é realizado por uma ciência chamada Fitoterapia, que se origina do conhecimento e uso popular de produtos de origem vegetal com fins terapêuticos. As plantas ou suas partes contêm substâncias ativas responsáveis pela ação terapêutica, após processos de coleta e identificação botânica, estabilização (quando aplicável) e secagem, podendo estar inteiros, arranhados, triturados ou pulverizados, para a preparação de medicamentos fitoterápicos (GARLET, 2019).

A *Acca sellowiana* (Berg.) Burret conhecida popularmente como goiabeira serrana, pertence à família Myrtaceae e é nativa dos planaltos do Sul do Brasil e nordeste do Uruguai. Devido a seus constituintes, possui atividades antibacteriana, antioxidante, antialérgica. Estudos farmacológicos mostraram que os flavonoides da goiabeira serrana têm efeito seletivo, causando apoptose nas células tumorais em casos de leucemia (AMARANTE; SANTOS, 2011).

O objetivo deste trabalho foi identificar e analisar o perfil fitoquímico das folhas de *A. sellowiana*, bem como relacionar a ação farmacológica dos metabólitos secundários manifestados com a bibliografia disponível.

METODOLOGIA Identificação taxonômica e Obtenção do Extrato Bruto

Folhas de *A. sellowiana* foram coletadas em Sananduva, Rio Grande do Sul, no período da primavera. Ramos florais foram coletados para a identificação taxonômica e, posteriormente tombados no herbário Pe. Balduino Rambo (HPBR) sob número de registro: 12.646. Para a obtenção do extrato, foi adaptado o método de Araruna *et al.*, (2013). O método de maceração (ANVISA, 2019) foi o escolhido para a extração dos compostos resultando no extrato bruto seco que foi armazenado em frasco de vidro e sob refrigeração ($\pm 8^{\circ}\text{C}$).

DETERMINAÇÃO DO PERFIL FITOQUÍMICO

Para a determinação do perfil fitoquímico, foi realizada a pesquisa qualitativa de metabólitos secundários alcalóides, flavonóides, cumarinas, compostos antracênicos livres, taninos, taninos condensados, taninos hidrolisáveis, glicosídeos cardiotônicos e saponinas conforme referenciado por Vishwakarma *et al.*, (2014); Silva; Lima (2016); Simões *et al.* (2017).

O projeto está cadastrado no SISGEN sob código – AE68E7E e recebeu parecer favorável do CEUA sob número 082.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 01- Metabólitos secundários presentes no extrato bruto das folhas de *Acca sellowiana* (Berg.) Burret.

Metabólitos	Resultados
Taninos	+++
Alcalóides	++
Cumarinas	-
Saponinas	+
Flavonoides	++
Antraquinonas	+/-
Compostos fenólicos	+
Glicosídeos cardiotônicos	-

Nota: (-): não identificado, (+/-): pouco, (+): intenso, (++) : muito intenso, (+++) máxima intensidade.

Estudos acerca da atividade dos taninos revelaram ação antibacteriana, ação sobre protozoários, na reparação de tecidos e na regulação enzimática e proteica. Atividades bactericidas e fungicidas ocorrem devido às características gerais: complexação com íons metálicos; atividade antioxidante e sequestradora de radicais livres; habilidade de complexar com outras moléculas, principalmente, proteínas e polissacarídeos (MELLO *et al.*, 2001).

Os alcalóides encontrados em plantas, são providos de acentuada ação terapêutica: antimicrobiana, inseticida e anticancerígena. Integram um grupo heterogêneo de compostos naturais com substâncias nitrogenadas complexas e que apresentam ação farmacológica (CABRAL; PITA, 2015).

Dentre as atividades farmacológicas reveladas nos constituintes das saponinas, vale ressaltar que a mesma atua no aumento da resposta imune. A atividade imunoadjuvante das saponinas acontece pela presença de uma hidroxila em C-21, de uma metila em C-17 e pela presença de dois açúcares ou cadeia de açúcares ligados à aglicona em sua estrutura química (KAISER *et al.*, 2010).

Os flavonoides são constituídos por estruturas polifenólicas, possuem intensa atividade antimicrobiana e imunomoduladora sendo capazes de modular a atividade de enzimas e sistemas celulares, desempenhando benefícios ao organismo (FLAMBÓ, 2013).

As antraquinonas são derivadas do antraceno e constituem o grupo mais numeroso das quinonas naturais. Suas propriedades farmacológicas: anti-inflamatória, antimicrobiana, purgativa, antipsóricas, antitumoral, antimalárica e antioxidante são conferidas pela forma em que seus substituintes estão dispostos no esqueleto antraquinônico, dado que, por atingirem alto nível de oxidação conferem maior bioatividade (OLIVEIRA; LIMA, 2016).

Os compostos fenólicos apresentam potentes atividades biológicas, além de apresentarem baixa toxicidade. Estão presentes nos vegetais na forma livre ou ligados a açúcares (glicosídeos) e proteínas, englobam moléculas simples e moléculas com alto grau de polimerização. Denotam muitas atividades farmacológicas,



principalmente, a atividade antiprotozoária *in vitro* apontada em estudos (BARROS, 2016).

CONCLUSÕES

A análise fitoquímica das folhas de *A. sellowiana*, demonstrou a presença intensa de flavonoides, alcaloides e taninos e, essas substâncias, além de estarem dentre as principais encontradas com ação farmacológica, podem, assim, apresentar características que auxiliam na cura e no tratamento de doenças. Novos estudos são importantes para determinar o potencial das substâncias encontradas nesta análise.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, C. V.; SANTOS, K. L. Goiabeira-serrana (*Acca sellowiana*). **Revista Brasileira de Fruticultura**, v. 33, n. 1 p.001-334, 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Farmacopeia Brasileira**, volume 1. 6ª Ed. Brasília, 2019. Documento eletrônico.

ARARUNA, S.; SILVA, A.; CANUTO, K. Influence of process conditions on the physicochemical characteristics of cumaru (*Amburana cearensis*) powder produced by spray drying. **Brazilian Journal of Pharmacognosy**, Curitiba, PR, v. 23, n. 1, p. 132-137, jan./feb. 2013.

BARROS, E. D. O. **Avaliação das atividades biológicas de compostos fenólicos naturais e derivados comerciais (3-hidroxicumarina e 4-hidroxicumarina)**. Dissertação do Programa de Pós-graduação em Inovação Terapêutica. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016.

CABRAL, C.; PITA, J. R. Relevância na Farmácia e no Medicamento. Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS20) – Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia. **Botica do século XVIII**. Coimbra, 2015.

FLAMBÓ, D. **Atividades Biológicas dos Flavonoides: Atividade Antimicrobiana**. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, 2013.

GARLET, T. M. B. **Plantas medicinais nativas de uso popular no Rio Grande do Sul**. E-book: il. – (Série Extensão) 1 ed. Santa Maria, RS, 2019. 233p.

KAISER, S.; PAVEI, C.; ORTENGA, G. G. Estudo da relação estrutura-atividade de saponinas hemolíticas e/ou imunoadjuvantes mediante uso de análise multivariada. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, **Brazilian Journal of Pharmacognosy**, v. 20, n. 3, p. 300-309, Jun./Jul. 2010.

MELLO, J. C.P.; SANTOS, S. C. SIMÕES, C.M.; SCHENKEL, E. P.; GOSMANN, G.; MELLO, J. C.P.; MENTZ, L.A.; PETROVICK, P.R. **Farmacognosia: da planta ao medicamento**. 3 ed. Porto Alegre: Ed.UFRGS/Ed.UFSC, 2001. cap. 24, p.517-543.

OLIVEIRA, A.C. S; LIMA, R. A. Identificação das classes de metabólitos secundários no extrato etanólico dos frutos e folhas de *Eugenia uniflora*. **REGET - Revista**



Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental v. 20, n. 1, p. 381-388, 2016.

SIMÕES, C. M. O.; SCHENKEL, E. P.; MELLO, J. C. P.; MENTZ, L. A.; PETROVICK, P. R. **Farmacognosia: do produto natural ao medicamento.** Porto Alegre: Artmed, 2017.

VISHWAKARMA, S.; CHANDAN, K.; JEBA, R. C.; KHUSHBU, S. Comparative study of qualitative phytochemical screening and antioxidant activity of *Mentha arvensis*, *Elettaria cardamomum* and *Allium porrum*. **American Journal of Pharmaceutical Research.** v. 4, n.5, 2014.



EVIDÊNCIAS DA CORTICOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CHOQUE SÉPTICO COMO PREDITOR DE MENOR MORTALIDADE

BATISTELA, Anieli
anibatistela@hotmail.com

PÉCORÁ DA SILVA, Aline
pecoraaline@gmail.com

MENEGOL FERREIRA, Brenda
bmenegol@gmail.com

PEREIRA JACOBINA, Lázaro
lazaropjacobina@hotmail.com
URI ERECHIM

INTRODUÇÃO

A sepse, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é responsável por 1 a cada 5 mortes no mundo. Conforme as novas definições revisadas no SEPSIS-3, o conceito de sepse passou a ser descrito como uma infecção grave com pelo menos uma disfunção orgânica, com repercussões hemodinâmicas e metabólicas, podendo ser avaliada pelo escore de qSOFA para avaliação inicial rápida a beira do leito, seguido do escore SOFA - Sequential Organ Failure Assessment - (observado na figura 1). Já o conceito de choque séptico permanece como um quadro refratário a reposição volêmica, com persistência de hipotensão e necessidade de vasopressores para manutenção de PAM \geq 65 mmHg. Sendo assim, a necessidade de terapias adjuvantes devem ser intensamente pesquisadas e necessárias (MONTES *et al.*, 2017).

Neste sentido, tem-se cada vez mais empregado a corticoterapia visando a resolução mais breve possível das repercussões sistêmicas da infecção, e, conseqüentemente, redução da mortalidade, haja vista que os corticosteróides são capazes de, entre outras coisas, promover a reabsorção de sódio e água pelos túbulos renais, o que leva a uma melhora hemodinâmica no paciente (FORTINS, 2018). Assim, sabendo que a sepse configura um quadro emergencial nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do Brasil e do mundo, o presente estudo tem por objetivo descrever as evidências da corticoterapia no tratamento do choque séptico como preditor de menor mortalidade.



SOFA	ESCORE	0	1	2	3	4
	PaO ₂ / FiO ₂	≥400	<400	<300	<200 com suporte ventilatório	<100 com suporte ventilatório
	Plaquetas (10 ³)	≥150	<150	<100	<50	<20
	Bilirrubina	<1,2	1,2-1,9	2-5,9	6-11,9	≥12
	Cardiovascular	PAM ≥70	PAM <70	Dopamina <5 ou dobutamina (qualquer dose)	Dopamina (5,1-15) ou adrenalina ≤0,1 ou nora-drenalina ≤0,1	Dopamina >15 ou adrenalina >0,1 ou nora-drenalina >0,1
	Glasgow	15	14-13	12-10	9-6	<6
	Creatinina ou Débito urinário (mL/dia)	<1,2	1,2-1,9	2-3,4	3,5-4,9 ou DU <500	>5 ou DU <200

Figura 1 - Escore SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

METODOLOGIA

O presente resumo expandido é caracterizado como uma revisão sistemática de literatura sobre os aspectos relacionados ao uso de corticoterapia no choque séptico, buscando entender sua interferência nas taxas de mortalidade, bem como possíveis benefícios do uso de corticoides. Nesse sentido, o trabalho foi elaborado com base nas publicações entre 2017 e 2022, nas plataformas do PubMed, Google Acadêmico e UpToDate, em português ou inglês, utilizando as seguintes palavras chaves: “sepse”, “choque séptico” e “corticoterapia”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O choque séptico é descrito como uma emergência médica de alto risco, com tratamento complexo e que deve ser realizado com rapidez, buscando a estabilização do paciente. Além do popular uso de antibióticos de amplo espectro e vasopressores, os corticoides vêm sendo empregados durante o choque séptico devido a sua ação anti-inflamatória e imunossupressora. (NETA *et al.*, 2020)

A resposta sistêmica da sepse resulta na liberação de vias pró-inflamatórias centradas em citocinas, e devido ao extenso processo infeccioso, a administração de corticosteróides tem se justificado dentro da terapia intensiva atual visto sua modulação e atenuação da inflamação, diminuindo a quimiotaxia e promovendo a inibição do fator nuclear kappa beta (NF-kb), um dos responsáveis por regular a expressão de genes inflamatórios e imunológicos (NETA *et al.*, 2020); além da inibição da síntese de citocinas inflamatórias como TNF-alfa, interleucina 1 e interleucina 6 (SOUSA *et al.*, 2021).

Entretanto, não são todos os pacientes que se beneficiam da terapia com corticoide. Pela diretriz estabelecida pela Society Critical Care Medicine (SCCM) consideram-se pacientes adultos com choque séptico refratário ao uso de corticosteróide, especialmente a hidrocortisona (KAUFMAN *et al.*, 2022), que se destaca pelo seu baixo custo, segurança de uso, possibilidade de menor permanência na UTI, menor tempo de ventilação mecânica e resolução mais rápida da sepse (ALVES *et al.*, 2022). Evidências quanto às dosagens sugerem o uso de hidrocortisona em doses de 200 mg/dia IV em doses divididas (50mg a cada 6 horas ou 100mg a cada 8 horas) durante 7 dias (KAUFMAN *et al.*, 2022).



Estudos randomizados e metanálises demonstraram que embora a terapia com corticosteróides leve a uma resolução mais rápida do choque, não foi observado efeito sobre a mortalidade (KAUFMAN *et al.*, 2022). Portanto, o uso de hidrocortisona em paciente com choque séptico refratário a outras drogas, apesar de recomendado, permanece pelas diretrizes atuais de prática clínica uma evidência fraca (SOUSA *et al.*, 2021).

Ainda que o uso de corticosteróides produza efeitos adversos como hiperglicemia, hipertensão e hipernatremia, a sua capacidade de, entre outras coisas, diminuir as citocinas inflamatórias e de melhorar a hemodinâmica do organismo, parece justificar a utilização desses fármacos no tratamento do choque séptico (NETA *et al.*, 2020).

CONCLUSÕES

Como já supracitado, a característica principal da sepse é a resposta inflamatória sistêmica mediada por citocinas, sendo a causa de altas taxas de morbimortalidade devido a sua complexa resolução.

Neste sentido, a administração da corticoterapia tem se tornado cada vez mais presente no manejo do choque séptico ao bloquear mediadores inflamatórios e melhorar o quadro clínico. A análise dos resultados atuais em sua grande maioria, evidencia benefícios no seu uso, com efeitos colaterais pouco relevantes, porém, não houveram evidências em relação a redução das taxas de mortalidade.

Ademais, torna-se importante destacar que apesar de não estar relacionada a morbimortalidade, a administração, em especial da hidrocortisona, perante a literatura é mais adequada, possuindo resultados satisfatórios como menor permanência na UTI, menor tempo de ventilação mecânica e resolução mais rápida do quadro (ALVES *et al.*, 2022).

Conclui-se, então, que ainda existem muitas discordâncias sobre o uso de corticosteróides no choque séptico, embora a maioria dos autores se manifeste favorável ao seu uso, torna-se imprescindível a expansão de pesquisas para alcançar maiores evidências, melhor avaliar o seu benefício e estratificar pacientes.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. F. M. F. C. *et al.* Evidências acerca do uso de glicocorticoides como terapêutica para sepse: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e59211226196-e59211226196, 2022.

FORTINS, N. Saiba como fazer corticoterapia no choque séptico em terapia intensiva. **Portal de Atualização em Medicina PubMed**, 2018.

KAUFMAN, D. A. **Glucocorticoid therapy in septic shock in adults. UpToDate. 2022.** Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/glucocorticoid-therapy-in-septic-shock-in-adults?csi=1fd8dd29-f4b4-4337-8d94-b07ed9401b3d&source=contentShare#topicContent>. Acesso em: 14 ago. 2022

MONTES, P. S. *et al.* Uso de corticosteroides em pacientes com sepse: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 4, n. 8, p. 1-8, 2017.

NETA, A. B. C. Santos *et al.* Relações da corticoterapia no tratamento do choque séptico. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 1324-1330, 2020.



SOUSA, L. C. S.; FIGUEIREDO, B. Q.; DUTRA, D. S.; DAMIANI, E.; FERREIRA NETO, L.; SOUSA, L. G. V.; OLIVEIRA, R. C. Corticoterapia na sepse: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. e502101422468, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22468.



FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA: DE UMA CASA HOSPITALAR EM MADEIRA A UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA REGIONAL

MARSAROTTO, Rafael Rossa
rafaelmarsarotto@gmail.com

ZANIN, Elisabete Maria
emz@uricer.edu.br

FRANCIOSI, Felipe
felipefransiosi@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

Em 440 a.C., Heródoto, considerado o pai da História, entendeu a necessidade de fazer registros históricos para transmissão do conhecimento entre as gerações, pois percebeu que o legado e a compreensão do passado eram de suma importância para a formação e o progresso das civilizações (LOPES, 2017). Assim, nessa perspectiva, entender a história dos hospitais torna-se de fundamental importância para compreender como e por que surgiram e se transformaram nas instituições que são hoje. E nesse aspecto, em especial, a Fundação Hospitalar Santa Terezinha (FHST) foi fundada em 1927, no município de Erechim, sob o nome de Casa de Saúde Santa Terezinha. Arquitetonicamente era muito diferente do que hoje, assim como mudou diversas vezes de localização.

Dessa forma, este estudo busca contextualizar a história dos hospitais e documentar como a FHST surgiu e se consolidou como instituição de referência na cidade de Erechim e do Norte gaúcho, desde sua fundação até os dias atuais, possibilitando uma melhor compreensão dos fatos históricos, corroborando com a história e o legado do município e região.

METODOLOGIA

A fim de responder aos questionamentos propostos, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica e introdutória de fontes primárias, levantadas no Acervo do Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font e bibliotecas do município de Erechim.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A visão que se tem dos hospitais de hoje e a forma como são arquitetados e organizados não existe desde sempre. Ela faz parte de um longo processo histórico que evoluiu junto com as civilizações. Heródoto relata que antes de existirem centros para o cuidado dos doentes, os enfermos se concentravam em grandes mercados e rotas comerciais, esperando que alguém, com algum conhecimento e experiência sobre sua enfermidade, pudesse ajudá-los (LOPES, 2017; NEUFELD, 2013).

Um dos primeiros relatos do modelo hospitalar como se conhece hoje está atrelado a Roma, que possuía equipes formadas por médicos, enfermeiros e auxiliares e era, arquitetonicamente, organizado com centros cirúrgicos, farmácias, alojamentos, refeitórios, banheiros, cozinhas, dispensários e locais administrativos (ANTUNES, 1989; NEUFELD, 2013). Após o surgimento e expansão do Cristianismo, surge o



modelo arquitetônico de hospital e igreja muito próximos um ao outro, nos quais os próprios monges praticavam a medicina. Durante a Renascença, os hospitais ganharam o aspecto mais de palácio do que de igreja, com grandes pátios interiores, permitindo circulação de ar. Também, é nessa época que as cirurgias passam a ser centralizadas nos hospitais, feitas pelos barbeiros (LOPES, 2017; NEUFELD 2013; SCNP, 2016).

Entre os séculos XVIII e XIX, durante a Revolução Industrial, surge o modelo de torres hospitalares, com a ascensão dos grandes centros urbanos. Hoje, com o grande desenvolvimento tecnológico e expansão de áreas, como medicina intensiva, urgência e emergência, cirurgias de alto risco, todas necessitando de uma estrutura adequada, surge o conceito de rua hospitalar, para abrigar todos estes e os demais componentes hospitalares de forma mais centralizada (NEUFELD, 2013).

No Brasil, o primeiro hospital foi a Santa Casa de Misericórdia de Olinda, criado em 1539. Até meados do século XIX, devido à falta de escolas de medicina, não havia médicos nativos e, também, eram poucos os médicos portugueses que se dispunham a vir para o Brasil. Então, nesse período, todo tratamento era empírico, ligado aos estabelecimentos religiosos (LOPES, 2017). Ainda, até o século XX, o Estado tinha influência mínima com serviços de saúde. Por isso, os pobres só podiam recorrer aos serviços de caridade e filantropia. Isso mudou em 1920, com Carlos Chagas e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, durante a presidência de Epitácio Pessoa, responsável pela criação de diversos hospitais, e pela conexão entre hospitais e faculdades de medicina, o que aumentou o acesso da população e descentralizou as instituições dos grandes centros (LOPES, 2017; SCMP, 2016).

No Rio Grande do Sul, o hospital mais antigo é a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, fundado em 1803. Era um local para tratar os doentes, militares feridos durante as rebeliões do Estado, idosos que não tinham moradia, pobres e escravos (BARROSO, 2022).

Na cidade de Erechim, antes de sua emancipação, em 1918, há relatos de que a colônia, na sua organização, possuía enfermarias de atendimento aos doentes, sendo elas ora remuneradas, ora gratuitas. Teve como seu primeiro médico, nomeado, o funcionário da Comissão de Terras, Dr. Renato Rodrigues Barbosa (CTC, 1910; ROSS, 2021).

A primeira expansão do atendimento médico na cidade ocorreu com o fim da primeira Guerra Mundial e com a emancipação de Erechim, ambos em 1918, que, segundo Tasso, (1968?), atraiu médicos, sobretudo italianos, para a região. Os primeiros locais de atendimento aos enfermos eram estruturas de madeira, precárias, que não possuíam água tratada e nem energia elétrica. Também, na época não existiam farmácias, enfermeiros ou laboratórios (MENEGATTI, 2006; ROSS, 2021). O transporte dos doentes se resumia a carroças, cavalos, mulas e, até mesmo, eram carregados por familiares (TASSO, 1968?).

Na década de 1920, com a expansão do município, a demanda e gravidade dos atendimentos aumentava, gerando a necessidade de lugares próprios para o tratamento dos enfermos (MENEGATTI, 2006). Assim, em 1922, surge o primeiro hospital de Erechim, nomeado de Hospital Santo Antônio. No decorrer dos anos seguintes, Erechim teve mais de 10 hospitais situados em diferentes locais (CHIAPARINI, 2012).

A atual Fundação Hospitalar Santa Terezinha - FHST surgiu na rua Uruguai, em 04 de dezembro de 1927, sob o nome de Casa de Saúde Santa Terezinha, fundada pelo Dr. Guido Cittadini e Ettore d' Arrigo. Em 1933, a mesma foi adquirida pelo Dr. Luiz Gallicchio e Sr. Arcângelo Lo Bosco, instalando-se na Rua Valentim



Zambonato, em um hotel alugado, que foi reformado e adaptado para atendimentos de saúde. Em 1936, foi construída uma nova casa de saúde, de madeira, na rua João Massignan, que obedecia aos padrões e exigências de um hospital do interior e possuía uma sala de esterilização, uma sala de cirurgia, dois consultórios, lavanderia, quartos amplos e sua capacidade era para 30 enfermos (RELATÓRIO, 2022).

Com o passar do tempo, a cidade se expandiu, bem como o número de médicos e pacientes. Em 1938, em parceria com a empresa G Madalozzo, iniciou-se a construção da nova Casa da Saúde Santa Terezinha, na rua Itália, onde se encontram as instalações atualmente, e teve seu primeiro paciente internado em 1941. Foi somente em 1952 que adotou-se a personalidade jurídica de Hospital Santa Terezinha Ltda e, em 1983, o Hospital tornou-se uma sociedade aberta, admitindo vários médicos, chegando a 43 associados, em 1994 (FHST, 2022).

Em 1994, o hospital foi adquirido pela Prefeitura Municipal de Erechim e, em 1997, foi declarado como de utilidade pública, tornando-se uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, de caráter assistencial e beneficente, com tempo de duração indeterminado. Assim, entre os anos de 1997 e 2000 houve uma grande ampliação nos serviços e na estrutura do hospital. Nesta época foram credenciados, por exemplo, serviços de média e alta complexidade, transformando o Hospital em um Hospital Geral de referência regional para o Sistema Único de Saúde (SUS). Também, tornou-se referência hospitalar para urgências e emergências para os municípios da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde e, ainda, ganhou o título de Hospital Amigo da Criança pela UNICEF, entre outras conquistas e ampliações (FHST, 2022).

Em 2001, por meio da criação do Estatuto Social, torna-se Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (FHST), com caráter de Fundação Pública, e inicia o processo de regularização de personalidade jurídica como Instituição Pública, que se consolidou em 2005 (FHST, 2022).

Em 2014, foi implantado o Programa de Residência Médica no FHST, durante o mandato de Celso David Lago como Diretor Técnico do Hospital. Hoje, o programa conta com as especialidades de clínica médica, ortopedia e traumatologia, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria, anestesiologia, e possui habilitação para medicina da família e comunitária. Além disso, a Fundação também conta com 180 leitos e atende a 79 municípios das 11ª, 15ª e 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde (FHST, 2022; PORTAL RODA DE CUIA, 2022).

Em 2018, com a chegada do Curso de Medicina, na cidade de Erechim, por meio da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Câmpus Erechim (URI Erechim), o FHST iniciou o processo de habilitação para certificação de Hospital de Ensino, que hoje tramita no Ministério da Saúde e está em seus encaminhamentos finais (JORNAL BOM DIA, 2018; PREFEITURA MUNICIPAL DE ERECHIM, 2018-2019). A FHST cedeu o terreno ao lado de sua estrutura para construção do Ambulatório de Medicina, juntamente com a da URI Erechim, que foi finalizado em 2020 e, hoje, é um local onde estudantes e professores oferecem atendimento à população em diversas especialidades médicas, e que firmou a parceria com a FHST na expansão do ensino na região (FHST, 2022).

CONCLUSÕES

A construção do conceito, da organização estrutural e arquitetônica e dos serviços oferecidos pelos hospitais tiveram inúmeras influências ao longo da história, que resultaram no modelo técnico-científico atual, refletido na FHST. Esta, ao longo dos 94 anos, desde sua criação, passou por inúmeras mudanças, tanto em tamanho



como em complexidade, partindo de uma pequena casa de saúde, em um município recém-emancipado, para uma grande instituição referência de sua região.

REFERÊNCIAS

A História Das Santas Casas. **Santa Casa de Misericórdia de Passos, 2016.**

Disponível em: <http://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santascasas#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20Irmandade%20da,dos%20portos%20e%20moradores%20das>. Acesso em: 22 fev. 2022

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; CARDOSO, Irene de Arruda Ribeiro. **Hospital: instituição e história social.** Universidade de São Paulo, São Paulo, p.168, 1989.

BARROSO, Véra Lucia Maciel. História. CHC Santa Casa. Disponível em: <https://www.chcsantacasa.org.br/chc-santa-casa/historia/>. Acesso em: 23 fev. 2022

CHIAPARINI, Enori Chiaparini; SMANIOTTO, Maria Lúcia Carraro; FÁBRIS, Neivo Ângelo; HACHMANN Roberto. **Erechim - Retratos do Passado Memórias no presente.** Erechim: Editora Graffoluz, 2012.

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

ERECHIM BUSCA CERTIFICAÇÃO PARA HOSPITAL DE ENSINO. **Jornal Bom Dia,** 2018. Disponível em: <https://www.jornalbomdia.com.br/noticia/23852/erechim-busca-certificacao-para-hospital-de-ensino>. Acesso em: 31 jul. 2022

FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA. **Relatório.** Erechim, 2022.

HISTÓRIA. **Hospital Santa Terezinha, 2022.** Disponível em: <https://www.fhste.com.br/institucional/historia>. Acesso em: 24 fev. 2022

HOSPITAL DE ENSINO E UPA PAUTARAM AUDIÊNCIA EM BRASÍLIA. Prefeitura Municipal de Erechim, 2019. Disponível em: <https://www.pmerechim.rs.gov.br/noticia/13234/28-02-2019/hospital-de-ensino-e-upa-pautaram-audiencias-em-brasilia>. Acesso em: 31 de julho de 2022. Acesso em: 31 jul. 2022

HOSPITAL SANTA TEREZINHA – ERECHIM TEM GRANDE PROCURA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA. **Portal Roda de Cuia,** 2022. Disponível em: <https://portal.rodadecuia.com.br/noticias/saude/25/01/2022/hospital-santa-terezinha-erechim-tem-grande-procura-para-residencia-medica/>. Acesso em: 31 de julho de 2022. Acesso em: 31 jul. 2022

LISBOA, T. C. Breve história dos hospitais: da antiguidade à idade contemporânea. **Notícias Hospitalares.** 2002; v.37, p.1-30. Disponível em: <https://iph.org.br/acervo/livros/breve-historia-dos-hospitais-da-antiguidade-a-idade-contemporanea-1109>. Acesso em: 23 fev. 2022

LOPES, M. H. I.; RITTER, C. G.; GUILHERMANO, L. G. **Reminiscências da História da Medicina.** 1ª. ed., p. 247-255, Editora Oikos, 2017

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



MUNICÍPIO BUSCA CERTIFICAÇÃO PARA HOSPITAL DE ENSINO. **Prefeitura Municipal de Erechim**, 2018. Disponível em:
<https://www.pmerechim.rs.gov.br/noticia/12310/28-06-2018/municipio-busca-certificacao-para-hospital-de-ensino>. Acesso em: 31 de julho de 2022

NEUFELD, P. M. Uma breve história dos Hospitais. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 45, n.1-4, p. 7-13, 2013

ROSS, G. S.; CARON, M. S.; WISNIEWSKI, M. S. W.; ZANIN, E. M. A medicina no início do século XX em Erechim: o que sabemos? IV Jornada Acadêmica Faculdade de Medicina. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. **Anais...** Erechim. 2021.

TASSO, C. (Benjamim Busato). Meu Erechim cinquentão. Erechim: **A Voz da Serra**, (1968?).



HERPES ZOSTER: UMA SÍNTESE GERAL DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E DO TRATAMENTO DA DOENÇA

SPONCHIADO, Victória

097789@aluno.uricer.edu.br

DA LUZ, Caroline Andreola

097742@aluno.uricer.edu.br

AVOZANI, Cínthia Emely

097740@aluno.uricer.edu.br

DE OLIVEIRA, Lara Vieira

100357@aluno.uricer.edu.br

TOMBINI, Maira Hellen

097905@aluno.uricer.edu.br

GRAEFF, Jaqueline Buaes

Jaquelinegraeff@uricer.edu.br

URI Erechim

INTRODUÇÃO

O herpes-zoster (HZ) se manifesta por meio de erupções cutâneas vesiculares dolorosas, as quais são resultante da reativação do vírus varicela-zóster (VVZ), nos gânglios da raiz dorsal ou nervos cranianos. Essa manifestação pode ocorrer até mesmo décadas depois da infecção primária da varicela. Contudo, mesmo após a cicatrização das erupções cutâneas, a dor pode persistir por meses e até anos, sendo essa conhecida como neuralgia pós-herpética (NHP) (PORTELA; SOUZA; GOMES, 2013).

METODOLOGIA

Objetivando discorrer sobre o tratamento da Herpes-zoster, foi realizada uma revisão bibliográfica, para buscar o melhor entendimento acerca da temática para oferecer uma melhor assistência para as pessoas acometidas por esta doença, e para apresentar na 5ª Jornada Acadêmica do Curso de Medicina da URI-Erechim. Foram selecionados artigos que se referem ao tema retirados das plataformas SciELO, Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR), PUBMED, Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), datados dos anos de 2013 a 2022 e para a pesquisa foram utilizadas palavras chave, como herpes-zoster, neuralgia pós herpética, varicela-zoster, tratamento herpes zoster.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A herpes-zoster (HZ) é uma doença infecciosa causada pela reativação do vírus varicela-zoster no organismo do indivíduo que já foi previamente acometido, assim, indivíduos que já apresentaram catapora no passado, portam o vírus. Além de que, o vírus propaga-se pelos gânglios e cursa o trajeto do nervo correspondente, ocasionando vesículas cutâneas extremamente dolorosas e infectadas (ARAÚJO; SILVA; CÂNDIDO, 2019)



O contato com as secreções destas vesículas transmite o agente patogênico e por este motivo cuidados com a higiene como: lavagem das mãos, evitar contactar as erupções e não partilhar com outras pessoas objetos que tocaram as lesões, são importantes. Ademais, após a infecção, dentre outras imunoglobulinas, a IgG permanece presente no indivíduo. Sendo assim, anticorpos IgM ou IgG elevados em duas amostras com determinado intervalo, sugere infecção recente. (ARAÚJO; SILVA; CÂNDIDO, 2019)

As manifestações na pele podem evoluir para a cura de algumas semanas a até alguns anos, por serem autolimitantes, entretanto o tratamento no tempo correto minimiza as chances de que ocorra complicações em decorrência da HZ, como por exemplo, a neuralgia pós-herpética, que consiste em uma síndrome de dor duradoura.

Ainda, até meados de 2022, uma única vacina prevenível para o HZ era existente no Brasil, a Zostavax® (Merck), de vírus vivo atenuado, administrada em dose única, indicada para imunocompetentes com idade acima de 50 anos, contraindicada para imunocomprometidos, salvo exceções. Entretanto, em 2017 uma nova vacina, a Shingrix® (GSK), inativada, foi aprovada nos Estados Unidos, esta indicada para imunocomprometidos, que chegou ao Brasil em junho de 2022, mas até então apenas para serviços de imunização privados. Por ser uma vacina inativada, seu uso concomitante a antivirais é seguro, bem como, pessoas vacinadas com a vacina HZ atenuada podem receber a vacina inativada, em um intervalo de 2 meses (NETO; KFOURI, 2022)

O diagnóstico da herpes-zoster pode ser clínico, o qual deve ser feito por um médico dermatologista capacitado baseado na anamnese, principalmente na história patológica progressiva, a qual dirá se o paciente é portador ou não do vírus, e no exame físico, pela presença de múltiplas vesículas que seguem um dermatomo. Além disso, pode ser feito por testes laboratoriais, como medição de IgM, teste ELISA ou PCR (CAMPOS *et al.*, 2017)

A terapêutica de primeira linha do HZ consiste em proteger a pele envolvida, acelerar a cicatrização das lesões, diminuir a severidade e duração da dor aguda e crônica, melhorar a qualidade de vida dos doentes e minimizar o risco de complicações (ARAÚJO; SILVA; CANDIDO, 2019).

Nesse contexto, o tratamento do HZ ainda é um desafio, pois para ele ser eficaz, é necessário que o diagnóstico da doença seja feito precocemente. Entretanto, a doença pode demorar até três semanas para se manifestar, o que dificulta o diagnóstico precoce e atrasa o tratamento. Nesse contexto, a terapêutica dessa doença se dá por meio de fármacos antivirais que aceleram a cura das erupções cutâneas pela interrupção da replicação viral, reduzindo a intensidade e a duração da dor aguda e prevenindo a ocorrência da NPH (neuralgia pós-herpética). Contudo, é importante frisar que a NPH, mesmo em pacientes tratados corretamente, pode ocorrer (ARAÚJO; SILVA; CÂNDIDO, 2019)

Os antivirais mais utilizados são Aciclovir 800mg, 5 vezes ao dia, durante 7 dias, Valaciclovir 1g, 3 vezes ao dia, durante 7 dias e Famciclovir 500mg, 3 vezes ao dia, durante 7 dias. Esses três medicamentos citados demonstram satisfatórias taxas de sucesso, bem como são fármacos bem tolerados. Os principais efeitos colaterais mais comuns são: efeitos gastrointestinais (dor abdominal, náuseas e vômitos), cefaleia e tonturas (PORTELLA; SOUZA. GOMES, 2013)

A terapia antiviral deve ser feita, especialmente, nos pacientes imunocomprometidos, já que esses possuem riscos aumentados de disseminação cutânea e visceral e de complicações neurológicas, bem como de NPH (PORTELLA; SOUZA. GOMES, 2013)



Além disso, a dor aguda do HZ é combatida por meio de analgésicos comuns, que, na maioria dos casos, são suficientes para controle da dor. Seguindo essa lógica, os pacientes que sentirem dor de moderada a intensa precisam fazer uso de opioides, antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina e anticonvulsivantes, com o intuito de prevenir a NPH (PORTELLA; SOUZA. GOMES, 2013)

Portanto, se nota que há muitos desafios na prevenção e combate do HZ, principalmente da sua pior sequela, que é a NPH. Dessa maneira, é importante que seu diagnóstico seja feito o mais precocemente possível com um profissional capacitado, com o objetivo de tratar a doença rapidamente e dificultar o desenvolvimento da maior comorbidade crônica advinda do HZ, a NPH.

CONCLUSÃO

Infere-se, portanto, que a Herpes Zoster (HZ) é uma doença infecciosa causada pela reativação do vírus Varicela-zoster no organismo do paciente previamente acometido por tal partícula virulenta. Dessa forma, após a reativação viral e a consequente manifestação da HZ, vesículas cutâneas- referentes ao dermatomo do nervo acometido- surgem no indivíduo. Assim, devido a dor intensa e, principalmente, a possibilidade de cronificação da doença (neuralgia pós-herpética), o correto tratamento deve ser realizado para evitar complicações.

REFERÊNCIAS

PORTELLA, Ana Virgínia Tomaz; SOUZA, Liane Carvalho de Brito de; GOMES, Josenília Maria Alves. Herpes-zóster e neuralgia pós-herpética. **Revista Dor**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 210-215, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-00132013000300012>. Acesso em: 14 ago. 2022.

ARAÚJO, Charles Robson de; SILVA, Tatiana Soares da; CÂNDIDO, Wesley Pimenta. HERPES-ZOSTER: DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES DO VÍRUS VARICELA-ZOSTER. **Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research**, Rondônia, v. 29, n. 1, p. 120-123, 25 out. 2019. ISSN 2317-4404. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/bjscr>. Acesso em: 11 ago. 2022

CAMPOS, Natalia Pereira dos Santos de *et al.* HERPES ZOSTER. **Revista Saúde em Foco**, [S.l.], v. 9, n. 0, p. 477-484, 2017. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/055_herpeszoster.pdf. Acesso em: 11 ago. 2022.

PINTO NETO, Lauro; KFOURI, Renato. Vacina herpes-zóster inativada recombinante (Shingrix®). **Sociedade Brasileira de Imunizações**, São Paulo, v. 9, 08 jun. 2022. Disponível em: <https://sbim.org.br/>. Acesso em: 11 ago. 2022.



HIPERTIREOIDISMO GESTACIONAL: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

SOARES, Isadora Rosa
isadorasoares03@icloud.com

MÁRSICO, Felipe Salvi
felipemarsico1@gmail.com

GIOLLO, Alessandra Nodari
alessandragiollo@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

O hipertireoidismo é uma patologia caracterizada pela hiperfunção da glândula tireoide, a qual resulta no aumento do metabolismo tecidual, bem como dos níveis de hormônios tireoidianos triiodotironina (T3) e tiroxina (T4) circulantes (BARROSO *et al.*, 2012). Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, a incidência de hipertireoidismo em mulheres é bem mais frequente do que em homens e os principais sintomas envolvem nervosismo, ansiedade, palpitações, intolerância ao calor, queda de cabelo e aumento do volume da glândula.

Estudos preliminares demonstram que gestantes fazem parte de um grupo particularmente importante no que tange à doença, visto que até 0,4% das mulheres grávidas apresentam hipertireoidismo, e casos não tratados corretamente podem acarretar em doença hipertensiva gestacional, eclâmpsia, abortamento, entre outros que serão citados posteriormente (BARTHOLO *et al.*, 2014). Diante desse cenário, e compreendendo a relevância do tema, entende-se pertinente uma revisão teórica com vistas à discussão acerca do hipertireoidismo gestacional e da importância de um diagnóstico precoce.

METODOLOGIA

O presente resumo expandido compreende uma breve revisão de Literatura Integrativa, utilizando-se de artigos, livros e publicações que envolvam informações referentes à necessidade de um diagnóstico preciso e precoce de hipertireoidismo gestacional para evitar desfechos desfavoráveis para a mãe e o feto. Para a busca de artigos, utilizou-se plataformas digitais de dados indexadas, como Scielo e Pubmed.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No início da gestação, é comum que os níveis do hormônio tireoestimulante (TSH), produzido pela hipófise, fiquem abaixo do normal - a referência passa a ser 0.1 - 4,0 mIU/l (ALEXANDER *et al.*, 2017). Isso se deve pelo aumento na secreção de hormônio gonadotrófico coriônico humano (hCG), estimulador da produção de hormônios tireoidianos. Contudo, logo após o primeiro trimestre, os níveis de TSH voltam a subir discretamente devido a uma queda do hCG (LEE *et al.*, 2022).

Estudos apontam que as duas maiores causas de hipertireoidismo gestacional são a Doença de Graves, com 0,05% de prevalência (COOPER, *et al.*, 2013), e a Tireotoxicose Transitória Gestacional (GTT), com 2% a 11% de prevalência (GLINOER, 1997). Mesmo que laboratorialmente ambos os tipos sejam idênticos, é



importante ressaltar a necessidade de diferenciá-los no que tange ao tratamento e ao curso clínico da doença ao longo da gravidez.

Na Doença de Graves, algumas diferenças podem ser encontradas. Gestantes com esta condição tendem a apresentar laboratorialmente um T3 cerca de 20 vezes maior que o T4 livre, ou seja, uma proporção de 20:1 entre T4 e T3. Além disso, pode ser encontrado um anticorpo específico para o receptor de tireotropina o qual está ausente na GTT (COOPER *et al.*, 2013).

Os sintomas característicos são perda de peso, tremores, intolerância ao calor, bócio e oftalmopatia (LEE *et al.*, 2022). Os anticorpos antirreceptores de TSH (TRAb) também podem atravessar a placenta, causando hipertireoidismo fetal e bócio congênito quando estiverem em altos níveis. Ainda, mulheres com história de doença de Graves ou de terapia ablativa na tireoide devem ter o TRAb mensurado no primeiro trimestre. Como tratamento são recomendadas drogas antitireoidianas - como propiltiouracil e o metimazol (YU, *et al.*, 2020) - e tireoidectomia, enquanto terapia por ablação com uso de iodo radioativo é contraindicada por teratogênese (ALEXANDER *et al.*, 2017).

Já a GTT está intimamente associada aos altos níveis de hCG no primeiro trimestre de gestação e os sintomas estão relacionados a náuseas, vômitos e hiperêmese gravídica (condição também associada aos níveis elevados de hCG). Além disso, os valores de T3 estarão mais baixos graças a hiperêmese, dado importante para a diferenciação dos dois tipos de hipertireoidismo (LEE *et al.*, 2022). Nesta condição, há resolução espontânea entre 10 e 12 semanas de gestação, devido à redução dos níveis de hCG (KINOMOTO-KONDO *et al.*, 2017) - antes disso medidas de suporte que contemplem a perda de líquido, eletrólitos e a náusea intensa podem ser tomadas para o conforto da paciente.

Como dito anteriormente, são inúmeras as consequências materno-fetais de casos de hipertireoidismo franco não diagnosticados precocemente e tratados de forma adequada. Entre eles, estão incluídos a doença hipertensiva gestacional, eclâmpsia, insuficiência cardíaca, abortamento, descolamento prematuro de placenta, prematuridade, baixo peso ao nascer, maior morbidade ou maior mortalidade perinatal, e hipertireoidismo neonatal (BARTHOLLO *et al.*, 2014). Ainda, convém ressaltar que todos esses efeitos não estão relacionados com casos de hipertireoidismo subclínico (CASEY *et al.*, 2006).

Sendo assim, compreende-se a importância que os níveis normais de hormônios tireoidianos têm para o desenvolvimento fetal adequado, principalmente no início da gestação. Com isso, o pré-natal torna-se fundamental no que tange a detecção precoce de patologias, além de prevenir maiores riscos para a saúde da mãe e do feto. A informação é aliada para uma gestação tranquila, por isso, as mulheres em idade fértil que possuem Doença de Graves e pretendem engravidar, devem ser aconselhadas pelos seus médicos com relação aos riscos, efeitos adversos da patologia, opções terapêuticas e, se possível, a gestação deve ser programada para quando os níveis hormonais estiverem adequados.

CONCLUSÕES

Depreende-se, portanto, que o hipertireoidismo gestacional é uma doença séria, que pode levar a diversos desfechos indesejados tanto para a gestante quanto para o feto e, caso diagnosticado logo no início da gravidez é tratado de forma relativamente simples. Desta forma, a maneira mais eficaz de prevenir e tratar mulheres em idade fértil, sobretudo com Doença de Graves, é mantê-las informadas



com relação às suas alterações tireoidianas e fazer uso de terapia medicamentosa quando necessário.

Faz-se essencial, por fim, o desenvolvimento de medidas de identificação precoce e abordagem multidisciplinar dos fatores de risco associados ao hipertireoidismo gestacional, bem como a importância do pré-natal de qualidade e do tratamento logo no início do primeiro trimestre. Assim, será possível melhorar a qualidade de vida materno-fetal de mais gestantes com hipertireoidismo e, possivelmente, evitar desfechos desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, E.; PEARCE, E.; BRENT, G.; BROWN, R.; CHEN, H.; DOSIOU, C.; GROBMAN, W.; LAURBERG, P.; LAZARUS, J.; MANDEL, S.; PEETERS, R.; SULLIVAN, S. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. **Thyroid**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 315–389, 1 mar. 2017.

BARROSO, C.F.; SANTOS, A.F.F. DOS; PESSOA, P.P.; SANTOS, L.B.; PIRES, L.V.; CASTRO, L.M.; PIMENTEL, A.; MANCINI-FILHO, J.; COZZOLINO, S.M.F.; MAIA, C.S.C. Estado Nutricional Relativo ao Zinco em Pacientes com Hipertireoidismo. **Nutrire**, v. 37, n. supl., p. 27, 2012.

BARTHOLO, B.; MONTEIRO, D.; TRAJANO, A. Hipertireoidismo na gestação. **Revista HUPE**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 72-79, 28 jul. 2014.

CHAIR, R.; BURCH, H.; COOPER, D.; GARBER, J.; GREENLEE, C.; KLEIN, I.; LAURBERG, P.; MCDUGALL, R.; MONTORI, V.; RIVKEES, S.; ROSS, D.; SOSA, J.; STAN, M.; Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. **Thyroid**. [S. l.], p. 593-646, 2011.

CASEY, B.; DASHE, J.; WELLS, E.; MCINTIRE, D.; LEVENO, K.; CUNNINGHAM, G.. Subclinical Hyperthyroidism and Pregnancy Outcomes. **Obstetrics & Gynecology**, [S. l.], p. 337–341, 2006.

COOPER, D.; LAURBERG, P. Hyperthyroidism in pregnancy. **The Lancet Diabetes and Endocrinology**, [S. l.], p. 238-249, 2013.

GLINOER, D. The Regulation of Thyroid Function in Pregnancy: Pathways of Endocrine Adaptation from Physiology to Pathology. **Endocrine Reviews**, [S. l.], p. 404–433, 1 jun. 1997.

KINOMOTO-KONDO, S.; UMEHARA, N.; SATO, S.; OGAWA, K.; FUJIWARA, T.; ARATA, N.; SAGO, H. The effects of gestational transient thyrotoxicosis on the perinatal outcomes: a case–control study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], p. 87–93, 2017.

LEE, S.; PEARCE, E. Assessment and treatment of thyroid disorders in pregnancy and the postpartum period. **Nature Reviews**, [S. l.], 4 jan. 2022.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA - SBEM. **10 coisas que você precisa saber sobre hipertireoidismo**, 2010. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-hipertireoidismo/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

YU, W.; WU, N.; LI, L.; WANG, J.; OUYANG, H.; SHEN, H. Side Effects of PTU and MMI in the Treatment of Hyperthyroidism: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Endocrine Practice**, [S. l.], p. 207-217, 1 fev. 2020.



IMPACTO DO USO DE MÁSCARAS FACIAIS DURANTE O EXERCÍCIO FÍSICO NA ERA COVID

CASSEL, Laura

laucassel@hotmail.com

PAULI, Guilherme Gritti

guilhermegritti@hotmail.com

GRITTI, Leandro Antônio

gritti@uricer.edu.br

URI Erechim

INTRODUÇÃO

Desde de Dezembro de 2019, o mundo vivencia um cenário de pandemia global, por meio da descoberta e rápida disseminação do coronavírus (COVID-19). Responsável pela morte de aproximadamente 15 milhões de pessoas, o COVID-19 apresentou-se como um grande desafio para as autoridades públicas, as quais buscaram, não somente reduzir o número de casos da doença por meio de medidas preventivas, como o uso frequente de álcool 70%, a lavagem das mãos com sabão, o distanciamento social, o uso de máscaras faciais e a vacinação, mas também evitar a sobrecarga do sistema de saúde pública (EPSTEIN *et al.*, 2020).

Dentre as medidas preventivas implementadas durante a pandemia do COVID-19, o uso de máscaras faciais demonstrou-se como uma importante barreira física contra a disseminação viral, uma vez que estas são capazes de minimizar as gotículas expelidas durante a fala, tosse ou espirro. Sendo assim, durante quase 3 anos, o uso de diferentes tipos de máscaras faciais começou a fazer parte da rotina diária de todas as pessoas ao redor do mundo.

Nesse sentido, a presente pesquisa objetiva realizar uma investigação teórica em artigos, livros e revistas referentes ao uso de máscara facial durante o exercício físico. Espera-se encontrar resultados que demonstrem os riscos e/ou benefícios do uso de máscaras faciais durante a prática de atividade física, assim como a limitação no rendimento físico, do ponto de vista dos praticantes de esportes.

METODOLOGIA

O presente resumo expandido consiste em uma revisão bibliográfica, utilizando, como instrumento de busca, as principais bases de dados disponíveis até o momento, tais como PubMed, Scielo e Google Acadêmico. Foram selecionados artigos científicos que fundamentam a temática abordada e permitem ampliar o conhecimento acerca do uso de máscaras faciais durante a prática de exercício físico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prática de atividade física é fundamental para a manutenção do bem-estar físico e psíquico, além de ser considerada um importante fator para diminuição da inflamação crônica de baixo grau e melhora dos marcadores inflamatórios e imunológicos em várias doenças, incluindo o coronavírus (NOGUEIRA *et al.*, 2020). A partir do conhecimento dos benefícios que o exercício físico proporciona ao sistema imunológico e a necessidade de manter a população ativa durante o período de pandemia, o uso de protetores faciais se tornou, durante um longo período,



instrumento obrigatório para a entrada nas academias e centros de treinamento. Diante de tal cenário, muito se questiona sobre os efeitos fisiológicos, a curto e longo prazo, que o uso de máscaras faciais poderia ocasionar durante o esforço físico.

Uma das principais polêmicas geradas sobre o uso de máscaras faciais durante o exercício físico seria de que seu uso poderia ocasionar hipoxemia pela inalação de gás carbônico. Tal hipótese foi levantada frente ao desconforto, calor e tontura que algumas pessoas podem apresentar ao utilizar protetores faciais durante o esforço físico. Frente a esta premissa, um estudo intitulado "COVID 19 e a propagação de fake news sobre a contaminação pelo dióxido de carbono com o uso de máscaras faciais: Um estudo de reflexão" objetivou analisar, com o auxílio de 50 voluntários, se máscaras de tecido ou cirúrgicas prejudicam a oxigenação ou a ventilação durante a atividade física ou em repouso. Os resultados obtidos enfatizam que as máscaras, quando confeccionadas segundo protocolos da OMS, permitem uma troca adequada de gases evitando hipoxemia ou intoxicação por dióxido de carbono, ao mesmo tempo que minimizam a disseminação viral, já que as gotículas de aerossóis são grandes comparadas às moléculas de gás carbônico (CO₂) (FREITAG; ANTONIO, 2021; OPAS, 2020).

Outro artigo publicado na Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício teve como objetivo elucidar os efeitos psicofisiológicos da utilização de máscara de algodão durante um teste progressivo máximo. Com um total de 13 voluntários, o estudo concluiu que o uso de máscaras de algodão não resultou em alteração na frequência cardíaca dos participantes durante a atividade física. No entanto, os participantes apresentaram uma percepção subjetiva de esforço mais alta com a utilização da máscara, influenciando, dessa forma, na antecipação da duração de um esforço máximo ou submáximo (NETO *et al.*, 2020).

Por fim, um estudo publicado na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, demonstrou por meio de uma pesquisa com 2.234 profissionais de educação física das cinco regiões do Brasil, a necessidade de impulsionar novos estudos acerca dos riscos da realização da atividade física com máscara, a fim de proporcionar dados científicos que auxiliem estes profissionais a orientarem a prática segura do exercício físico (FERREIRA *et al.*, 2020).

CONCLUSÕES

Assim, a presente e breve revisão bibliográfica, sugere que a prática de atividade física com o uso de protetores faciais não demonstra relevantes alterações fisiológicas com o seu uso. No entanto, a percepção subjetiva dos participantes foi significativa, reduzindo, em alguns casos, o rendimento desportivo. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de mais trabalhos científicos, que abordam o tema em epígrafe, para maiores conclusões.

REFERÊNCIAS

- EPSTEIN, D. *et al.* Return to training in the COVID-19 era: The physiological effects of face masks during exercise. 2020. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, v.31, p.70-75, 2020.
- FERREIRA, M.S *et al.* Ponto de vista dos profissionais de Educação Física sobre o uso da máscara facial durante o exercício físico na pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 25, p. 1–9, 2020. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14459>.



FREITAG, V.L.; ANTONIO, M.G.D. COVID 19 and the propagation of fake news on carbon dioxide contamination with the use of facial masks: A reflection study. **Research, Society and Development**. 2021. v. 10, n. 10, e104101018696.

NETO, A.P.A *et al.* Efeitos psicofisiológicos da utilização da máscara de algodão em um teste progressivo máximo. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**. São Paulo. 2020. v.14. n.94. p.875-883.

NOGUEIRA, C. J. *et al.* **Precauções e recomendações para a prática de exercício físico em face do COVID-19**: uma revisão integrativa. 2020. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, 2020.

FREITAG, V.L.; ANTONIO, M.G.D. COVID 19 and the propagation of fake news on carbon dioxide contamination with the use of facial masks: A reflection study. **Research, Society and Development**. 2021. v. 10, n. 1.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS) (2020). **Orientação sobre o uso de máscaras no contexto da COVID-19**. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52254/OPASWBRACOVID-1920071_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y.



IMPLICAÇÕES SOBRE A MEDICINA PRATICADA EM BATALHAS NO INÍCIO DO SÉCULO XX

ROSS, Giovanna Sanagiotto
giovannastr@gmail.com

CARON, Marcia dos Santos
marciacaron@uricer.edu.br

ZANIN, Elisabete Maria
emz@uricer.edu.br

STRÖHER, Ângelo Luís
angelo.md@bol.com.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

Batalhas e guerrilhas foram comuns, no Brasil, no início do século XX, sendo influenciadas pelo final da Primeira Guerra Mundial (1914-1918). No Estado do Rio Grande do Sul, a chamada "Revolução de 1923" tem antecedentes históricos atrelados às complexas e peculiares contradições que vinham se avolumando no território. Dentre elas, destacam-se a implantação do regime republicano e a intensificação da crise econômica e financeira no período entre 1891-1921. Este contexto criou condições objetivas para a eclosão das oposições contra o monopólio político dos republicanos.

Na cidade de Erechim, também houve guerrilhas e muitos profissionais da saúde, componentes da chamada Cruz Vermelha, deslocaram-se, principalmente da capital do Estado, para prestar seus atendimentos na Batalha do Desvio do Giareta.

Dessa forma, objetivou-se pesquisar sobre quais aspectos do atendimento em saúde, ocorrido na batalha, conversam com a medicina de hoje em dia e quais divergem.

METODOLOGIA

Com o intuito de desvelar aspectos sobre o atendimento em saúde na batalha, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica e introdutória, a partir de fontes primárias, levantadas tanto no Acervo do Arquivo Histórico Municipal Juarez Miguel Illa Font e na literatura publicada sobre o assunto.

DESENVOLVIMENTO

A Revolução de 1923 originou-se devido a um recesso pós-guerra que impactou frigoríficos, as charqueadas e a pecuária gaúcha (VIZENTINI, 1998).

A consagração de Borges de Medeiros como Presidente do Estado foi o estopim para que se instalasse um conflito armado entre chimangos (governistas) e maragatos (revolucionários). Com o intuito de depor Borges de Medeiros da comandância estadual, se instaurou a "Revolução de 1923", em 24 de janeiro de 1923, e fez-se presente em diversas regiões do Estado, como o Norte gaúcho, no município de Erechim.

Em Erechim, ocorreu a Batalha do Desvio Giareta, ocasionada pela tomada da cidade pelos maragatos. De acordo com o relato de Menegati (*apud* FABRIS, 2003),



a tomada de Erechim foi importante para o movimento, visto que era um ponto estratégico para Borges de Medeiros, uma vez que a região possuía fronteira com o Estado de Santa Catarina, bem como pela facilidade de acesso à ferrovia que ligava a capital do estado à capital federal, até então o Rio de Janeiro (ANTONIACCI, 1981).

Tendo em vista esses motivos estratégicos, o General Firmino de Paula, juntamente com sua tropa, deslocou-se para retomar a cidade, por meio de duas composições ferroviárias. Em vista disso, os maragatos armaram uma emboscada, posicionados a 30 metros de altura para que pudessem acertá-los sem muitos danos (MENEGATI, 2003).

Depreende-se, segundo manuscritos da época, que havia dois médicos no local para o primeiro atendimento, sendo eles: Dr. Roberto de Sá Aguillar e Dr. Mozart Mello (MENEGATI; CARRARO, 2003).

Há relatos que os médicos presentes realizaram curativos como modo de primeiro atendimento, o que, hoje, entende-se como Atendimento Pré-Hospitalar (APH), e é constatado como o atendimento prestado em situações de urgência e emergência clínica, ou traumática, no local e durante o transporte até uma instituição de suporte (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018).

Os projéteis causam feridas por perfuração e contusão, desse modo, o primeiro atendimento realizado para esses tipos de ferimentos em membros superiores e inferiores que poupam articulações, resume-se ao cuidado com hemorragias, por meio do curativo, acompanhado de compressão direta. Se essa ação for ineficaz, então é utilizado o torniquete. Dessa forma, vale ressaltar que, de maneira mais rudimentar, os primeiros cuidados com as lesões, em cerne, conversam com os protocolos da atualidade (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018).

Os feridos foram cuidados de maneiras distintas, chimangos foram retirados do local no dia da batalha e transferidos para o prédio da Comissão de Terras, que havia sido transformado em um Hospital de Sangue, e os maragatos foram retirados no dia seguinte e levados para um local improvisado, chamado Cine Avenida (FABRIS *et al.*, 2003).

No que tange ao núcleo dos maragatos, o Dr. Mozart Mello era médico de confiança do Gal. Portinho e acompanhava-o em todas as situações, além do apoio ao movimento, diferente dos outros médicos, como o Dr. Catharino Azambuja, que era proveniente da Cruz Vermelha Libertadora, originada em Porto Alegre, RS (RITZEL, 2020).

CONCLUSÃO

Diante dessa conjuntura, pode-se inferir que muitas das práticas em saúde ocorridas na Batalha do Giareta, em Erechim, não são defendidas nos dias de hoje, como o critério utilizado para o socorro dos feridos, sendo levado em conta sua posição política, ao invés do seu estado de gravidade. Contudo, o manejo das lesões, pré-hospitalar, ainda se baseia no curativo compressivo, quando poupa articulações, consoante ao descrito nos relatos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS – Advanced Trauma Life Support for Doctors. 10. ed. Chicago: Committee on Trauma, 2018, 9 p. BINZ, Sophia *et al.* CRASH-2 study of tranexamic acid to treat bleeding in trauma patients: a controversy fueled by science and social media. **Journal of blood transfusion**, v. 2015, p. 1- 12, 2015.



ANTONIACCI, M. A. **RS: as oposições e a Revolução de 1923**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1981.

FABRIS, N A.; HOPPEN, M T.; D'ÁVILA, N E. P. A Revolução de 1923 - 80 anos do combate de Quatro Irmãos. **Anais do II Seminário de História Regional**, Getúlio Vargas: Instituto Histórico e Geográfico de Getúlio Vargas, 2003.

MENEGATI, A; CARRARO, G. **O Combate do Desvio Giareta: Revolução de 1923**. Erechim: [s.n.], 2003.

RITZEL, R. **Felippe Portinho, o barão maragato – por Ricardo Ritzel**. Claudemir Pereira, 2020. Disponível: <https://claudemirpereira.com.br/2020/12/felippe-portinho-o-barao-maragato-por-ricardo-ritzel/>. Acesso em: 31 de Jul. de 2022.



LEPTOSPIROSE: ASPECTOS CLÍNICOS E SOCIAIS, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROFILAXIA

SILVA, Gabriela da
gabizdasilva7@gmail.com

MADALOZZO, Vanderlei Augusto
vanderleimadalozzo@gmail.com

INTRODUÇÃO

A leptospirose constitui uma zoonose com distribuição mundial, ocasionada por bactérias do gênero *Leptospira*. Embora sua patogênese seja pouco conhecida, a transmissão é feita para seres humanos através do contato com a urina de animais contaminados, principalmente roedores da espécie *Rattus nervegicus*, seja de forma direta – quando o humano entra em contato com a urina, ou indireta – quando o humano entra em contato com água ou solo contaminados pela urina. Geralmente, a infecção é leve e evolui de forma assintomática ou cursa com um quadro clínico de febre e outras manifestações pouco específicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; SALOMÃO, 2017; MARTINS, SPINK, 2020). Em casos mais raros, cerca de 5 a 15%, a doença evolui para seu quadro grave, conhecido como tríade de Weil, composta por icterícia, insuficiência renal aguda e diátese hemorrágica (SALOMÃO, 2017).

No que tange ao contexto epidemiológico, por muitos anos, a doença esteve relacionada à exposição ocupacional: cuidadores de animais, mineiros, militares e agricultores de culturas de campos alagados eram os mais acometidos (SALOMÃO, 2017). Em contrapartida, com o passar dos anos, atinge cada vez mais as populações urbanas, estando associada a condições comportamentais, sendo recorrente em locais com alto índice de desigualdade social (MARTINS; SPINK, 2020). No contexto atual, o maior impacto da patologia é observado na América Latina, Índia e Sudeste Asiático (SALOMÃO, 2017). Ainda, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em regiões de clima tropical, a incidência seja de 10 a 100 casos por 10000 indivíduos (SALOMÃO, 2017).

METODOLOGIA

O resumo apresentado constitui uma pesquisa bibliográfica, de natureza básica, com objetivo descritivo. Para a realização da pesquisa, foram analisados artigos científicos encontrados nas plataformas de busca Scielo e Google Acadêmico, além de livros acadêmicos anexados na biblioteca virtual da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, que dialogam sobre o assunto em questão. Os descritores utilizados na pesquisa foram leptospirose, pobreza, tratamento e saúde pública. Dentro das referências utilizadas, oito condizem com artigos científicos, uma foi retirada de livro acadêmico e uma diz respeito a um guia do Ministério da Saúde, sendo datadas entre os anos de 2014 e 2021.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ainda que a leptospirose seja uma doença potencialmente letal, considerada endêmica e, durante períodos de chuva, epidêmica, o impacto midiático que é investido nela é baixo, tornando-a marginalizada e desconhecida (MARTINS, SPINK,



2018; LACERDA; PEREIRA; PROTTI, 2021). Pauta-se que a doença acomete, em maior parte, uma população pobre, sem acesso à saneamento básico e com baixa taxa de escolaridade, levando ao desinteresse público pela sua resolução. Dito isso, foi classificada como uma Doença Tropical Negligenciada (DTN), que acomete populações carentes e com poucos recursos financeiros (MARTINS; SPINK, 2020).

Além disso, sua distribuição está associada às épocas do ano de maior pluviosidade, podendo haver aumento de até 31,5% dos casos a cada 20 mm de precipitado. O aumento do número de casos está associado, também, a catástrofes ambientais, como enchentes e furações (CHAGAS *et al.*, 2019). Junto a isso e à alta incidência de pessoas que vivem em aglomerados urbanos que não possuem infraestrutura sanitária adequada e que sofrem com infestação de roedores, têm-se que a leptospirose é um importante problema de saúde pública no país (FILHO *et al.*, 2018).

No que diz respeito ao quadro clínico, é de extrema importância destacar que o aspecto clínico da doença é amplo – com sintomas como tosse, febre, vômito, dor de cabeça, diarreia e dor no corpo – e que existem diversos diagnósticos diferenciais, sendo que as hipóteses diagnósticas podem abranger dengue, influenza, malária, doença de Chagas, entre outras, conforme sintomatologia descrita em cada caso. No entanto, é possível encontrar alguns sinais característicos, que conferem diferenciação ao diagnóstico, como sufusão conjuntival em 30% dos casos e mialgia intensa na região das panturrilhas (RODRIGUES, 2019; LACERDA; PEREIRA, PROTTI, 2021).

O diagnóstico é realizado com auxílio da reação de cadeia em polimerase (PCR), que é capaz de detectar o patógeno de forma precoce, além do teste de microscopia de aglutinação, sendo que os exames sorológicos são os principais métodos laboratoriais de diagnóstico (LIMA, RODRIGUES, 2021). O tratamento segue quatro etapas: diagnóstico precoce e encaminhamento para serviço de referência, início precoce de antibióticos – amoxicilina, azitromicina e doxiciclina na forma leve, identificação de fatores de risco para óbito e medidas de suporte, como reidratação (SALOMÃO, 2017; RODRIGUES, 2019). Por fim, dentro desse tópico, têm-se as medidas profiláticas para o não contágio, que incluem a aplicação de medidas sanitárias e ambientais aos animais domésticos (como vacinação), além do não contato com possíveis ambientes onde houve a micção de animais contaminados e lavagem dos alimentos (LIMA; RODRIGUES, 2021).

Sobre a Síndrome de Weil (SW), é caracterizada pela forma tardia e grave da patologia, acometendo de 5 a 15% dos pacientes diagnosticados com leptospirose. Nela, encontra-se a tríade clássica da SW: icterícia marcante, insuficiência renal intrínseca geralmente associada à hipocalcemia e hemorragia. Dentro da síndrome, as principais complicações possíveis são endocardite, pancreatite, distúrbios eletrolíticos e neurológicos e óbito (BRITO, 2021). O tratamento da forma grave também é feito com o auxílio de antibióticos, porém, nesse cenário, opta-se por penicilina G cristalina, ampicilina e ceftriaxona (RODRIGUES, 2019).

A forma mais infrequente e ainda mais grave da doença, com taxas de mortalidade de 30 a 50%, é conhecida como síndrome hemorrágica pulmonar severa (SHPS), que se manifesta como pneumonia atípica e hemorragia pulmonar associada ao aumento da ureia e diminuição de plaquetas, podendo ser considerada um agravo da SW (CLAZURE; IBARROLA, 2020). Alguns autores defendem que o surgimento da hemorragia pulmonar está associado com trombocitopenia e uremia, pois é possível que a uremia tenha papel na depleção de plaquetas, levando ao desenvolvimento de hemorragias (SALOMÃO, 2017). O tratamento, assim como na



síndrome anteriormente citada, é pautado no uso de doxiciclina, penicilinas e cefalosporinas de terceira geração (CLAZURE, IBARROLA, 2020).

CONCLUSÕES

A leptospirose é caracterizada como uma zoonose de etiologia bacteriana, dispendo de manifestações leves e graves. Nas formas leves, a clínica apresentada pelos pacientes condiz com infecções virais e pode ser confundida com outras patologias, enquanto as formas graves são caracterizadas por SW e SHPS – ambas com acometimento sistêmico e que pode ser fatal. Sabe-se que a doença em si, independente da forma como é apresentada, acomete majoritariamente um público marginalizado e sem acesso a saneamento básico e hábitos básicos de higiene. Como consequência, a doença é, também, marginalizada, recebendo pouca atenção da mídia e baixo investimento na sua prevenção, tornando-se um problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRITO, Letícia Kelly Domingos *et al.* Síndrome de Weil com sangramento vaginal: um relato de caso. **Jornal Memorial da Medicina**, v. 3, n. 2, p. 29-31, 2021.

CHAGAS, S. R.; DALL'AGNOL, M.; PESSOA, A. V. C.; RAMIS-VIDAL, M. G.; PASCOAL, L. M. Aspectos epidemiológicos atuais da parvovirose, erisipela e leptospirose: seus impactos na suinocultura e saúde pública. **Pubvet**, v.13, n.8, a397, 2019.

CLAUZURE, M.; IBARROLA, M. Síndrome hemorrágico pulmonar grave por leptospira. **Rev. am. med. respir**, p. 410-413, 2020.

GHIZZO FILHO, J. *et al.* Análise temporal da relação entre leptospirose, níveis pluviométricos e sazonalidade, na região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005-2015. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 3, p. 116-132, 2018.

SALOMÃO, R. **Infectologia**: Bases clínicas e tratamento. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

LACERDA F. B.; PEREIRA P. S.; PROTTI L. M. L. Fatores determinantes na caracterização da leptospirose como doença negligenciada: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 19, p. 6256, 29 jan. 2021.

LIMA, M. V. S.; RODRIGUES, G. M. M. Urbanização e leptospirose: o impacto da doença em regiões periféricas. **Revista Liberum Accessum** 2021 Jul; 10(2): 36-42.

MARTINS, M. H. D. M.; SPINK, M. J. P. A leptospirose humana como doença duplamente negligenciada no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, 919-928, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020253.16442018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância em saúde**. Brasília – DF, 2014; 2: 569-588.



RODRIGUES, A. L. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por leptospirose em um estado brasileiro na Amazônia Ocidental. **Revista Sustinere**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 32 - 45, jul. 2019. ISSN 2359-0424.



LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES E A RELAÇÃO COM OS IMPLANTES MAMÁRIOS

BRESSIANI, Paolla Favaro
paollabre@gmail.com

BOROSKI, Gabriel Baggio
gabrielbaggio02@gmail.com

CUNHA, Gabriel Antônio Deffaci da
gabrieldacunha2002@gmail.com

CHIARELLO, Júlia Giacomini
juliachiarello@gmail.com

VITORELLO, Ana Carolina Zaffari
102444@aluno.uricer.edu.br

ASSONI, Aline Sponchiado
aline_sponchiado@hotmail.com
URI ERECHIM

INTRODUÇÃO

O linfoma anaplásico de células grandes é um subtipo de linfoma T periférico, que tem sua incidência aumentada quando relacionado a implantes mamários, produzindo um seroma entre o silicone e a cápsula. Com o aumento do número de mamoplastias de aumento entre as mulheres, entender e prevenir as possíveis complicações é de extrema relevância, principalmente, quando poucos estudos acerca do tema foram realizados.

METODOLOGIA

Com o intuito de discorrer acerca do tema de linfoma anaplásico de células grandes associado ao implante mamário foi realizada uma revisão bibliográfica em busca de artigos. A localização dos documentos foi realizada nas plataformas do PubMed, Google Acadêmico e Scielo por meio de palavras chave.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cirurgia plástica encontra-se cada vez mais presente entre as mulheres, um dos procedimentos mais frequentes é a mamoplastia de aumento, que, teoricamente, é uma cirurgia de fácil execução e muito satisfatória (CHEFFE, 2007). Contudo, muitas complicações podem ocorrer, entre elas a cicatrização anormal, contratura capsular e linfoma anaplásico de células grandes (LACG) (SOARES *et al.*, 2022).

A última complicação citada - LACG - foi associada a um número maior de casos em mulheres com implantes, quando comparado a outras mulheres (MARTINO, 2017). Dessa forma, muitos estudos na atualidade buscam entender essa relação, visto o grande número dessa cirurgia.

O linfoma anaplásico de células grandes associado aos implantes mamários (LACG-IM) é um subtipo de linfoma T periférico, localizado na cápsula periprotética, o que desenvolve um seroma entre a prótese mamária e a cápsula (UMANA *et al.*, 2019). A sua fisiopatologia ainda é incerta e valida-se diferentes hipóteses. Dessa



maneira, a partir das análises, acredita-se que a inflamação crônica causada pelos implantes mamários ativaria os Linfócitos Th1 e Th17, assim, haveria uma atuação dos oncogenes JunB e satb1 que gerariam o LACG, após a ativação de linfócitos e hiperplasia. (LOCH *et al.*, 2017), (JOHANI *et al.*, 2016), (KADIN *et al.*, 2016).

A incidência do linfoma anaplásico de células grandes também é incerta, porém é estimada em torno de 1 caso a cada 30.000 mulheres com implantes por ano. (REAL, 2019). O primeiro caso documentado de LACG-IM por um cirurgião plástico no México e na América Latina foi em uma mulher de 43 anos de idade com implantes mamários e uma história de assimetria mamária unilateral por seroma tardio, foram realizadas duas punções, mas não foi obtido efeito, então os implantes foram retirados, confirmando a presença da LACG (TORRES, 2016).

Os principais fatores de risco associados à LACG começaram a ser descobertos em 2011, foi concluído que na maior parte dos casos havia sido feito o implante de silicone com superfície texturizada. (MATTOS, 2019). Estatísticas revelam que, até o ano de 2017, foram registrados 359 casos de LACG. Dos 231 registros que incluíam o tipo de implante, 203 constavam como "texturizado", e apenas 28 casos com implante "liso", conforme informado pela FDA (*Food and Drug Administration*).

Estudos recentes teorizam que a inflamação crônica causada pelo biofilme bacteriano formado nos implantes texturizados pode promover a hiperplasia de células T (linfócitos T) e o subsequente desenvolvimento de LACG. Foi, então, feito um estudo para identificar qual seria a resposta do biofilme (Hu *et al.*, 2015). Dentre suas descobertas, perceberam o aumento da resposta linfocítica em implantes texturizados, se comparados com os implantes lisos, havendo aumento linear na contagem de células T e B em comparação à quantidade de bactérias.

O tratamento ideal definido pela National Comprehensive Cancer Network é a capsulectomia total e remoção de implantes para a maioria dos pacientes com doença confinada à cápsula ou massa ressecável com margens negativas. Já a remoção do implante não afetado fica a critério do cirurgião, pois apenas em 4,6% dos casos a mama contralateral está comprometida (JOHANI *et al.*, 2016).

Ademais, biópsias excisionais de linfonodos suspeitos devem ser realizadas. Se houver invasão da cápsula, existe o risco de envolvimento e disseminação sistêmica, o que justifica a quimioterapia sistêmica. Já a radioterapia é reservada apenas para locais irresssecáveis - parede torácica e mediastino (JOHANI *et al.*, 2016).

CONCLUSÕES

Melhores resultados nas mamoplastias só podem ser alcançados com um planejamento pré e pós-operatório criterioso e cuidadoso, contudo, s a curto e longo prazo podem ocorrer, por exemplo, a LACG-IM. Logo, entender a sua fisiopatologia (ativação dos linfócitos, seguido de uma hiperplasia pré-maligna), além dos fatores de risco (implantes texturizados) e os sintomas (assimetria, seroma) são de extrema importância para uma identificação e tratamento precoce.

REFERÊNCIAS

CAMPANALE, A.; BOLDRINI, R.; MARLETTA, M. 22 Cases of Breast Implant–Associated ALCL. **Plastic and Reconstructive Surgery**. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), 2018. DOI 10.1097/prs.0000000000003916.

CHEFFE, M. Implante mamário em duplo plano / Dual plane breast augmentation. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n.01, 2007.



DURÃES, M. H. S; SARTÓRIO, C. C.; FERREIRA, F. S. B.; ESCORCIO, D.; MENDES, R. F. P.; ROCHA, L. K. A.; XAVIER, F. D. Linfoma anaplásico de grandes células associado a implante mamário. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**. [S. l.]: Elsevier BV, out. 2021. DOI 10.1016/j.htct.2021.10.133..

JOHANI, K. Almatroudi A, *et al*. Bacterial biofilm infection detected in breast implant-associated anaplastic largecell lymphoma. **PlastReconstr Surg**, v.137, n. 6, p. 1659-1669, 2016.

KADIN, M.E.; DEVA, A.; XU, H. *et al*. Biomarkers provide clues to early events in the pathogenesis of breast implant associated anaplastic large cell lymphoma. **AesthetSurg J**, v.36, n.7, p.773-81, 2016.

LOCH, W. A.; BEATH, K.; KNIGHT, R. J. W *et al*. **Breast implant associated Anaplastic Large Cell Lymphoma in Australia and New Zealand – high surface area textured implants are associated with increased risk**, v.140, n.4, p.645-6542017.PRS Online First.

MARTINO, S. A.; LOUSTAU, H.; MAYER, H. Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios/ Anaplastic large cell lymphoma associated with breast implants. **Revista argentina de cirurgia plástica**, v.23, n.3, p. 103-112, 2017.

MATTOS, A. **O que sabemos sobre linfoma anaplásico de grandes células em pacientes com silicone?**, 2019. Disponível em: https://pebmed.com.br/o-que-sabemos-ate-o-momento-sobre-linfoma-anaplasico-de-grandes-celulas/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext.

REAL, D. S. S.; RESENDES, B. S. Breast implant-associated anaplastic large-cell lymphoma: a systematic literature review. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Surgery*. [S. l.]: GN1 Genesis Network, 2019. DOI 10.5935/2177-1235.2019rbcp0234.

SOARES, A. F. A.; *et al*. As complicações da cirurgia reconstrutiva e estética da mama / Complications of breast aesthetic and reconstructive surgery. **Brazilian Journal of Health Review**. [S. l.]: South Florida Publishing LLC, 24 maio 2022. DOI 10.34119/bjhrv5n3-177.

TORRES-RIVERO, C. *et al*. Primer caso en México y América Latina de linfoma anaplásico de células gigantes en paciente con implantes mamarios. **Cir. plást. iberolatinoam.**, Madrid , v. 42, n. 2, p. 175-180, jun. 2016 .

UMANA ORDONEZ, M. *et al*. Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios. Cuatro casos diagnosticados en la provincia de Alicante, España. **Cir. plást. iberolatinoam.**, Madrid , v. 45, n. 3, p. 225-234, sept. 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-789220190003000003>.



MICROBIOTA INTESTINAL E OS FATORES QUE INFLUENCIAM NO SISTEMA IMUNOLÓGICO DO LACTENTE



DEVENS, Fernanda;
devensfernanda15@gmail.com

BUENO, Brenda Natasha Dias
brendaunderscore@gmail.com

PECINI, Giliane
gilianepecini@gmail.com

PIOVESAN, Carina Viviane
carinapiovesaan@gmail.com

VECCHIA, Júlia Dalla
judallavecchia21@gmail.com

CHINAZZO, Luciana Korf Chinazzo
lucianachinazzo@uricer.edu.br

INTRODUÇÃO

A formação da microbiota intestinal do recém-nascido (RN) tem como influência fatores biológicos, culturais e ambientais, tais como o tipo de parto, idade gestacional, dieta materna e estilo de vida da família. De modo análogo, deve-se ressaltar que o sistema gastrointestinal funciona como um “segundo cérebro”, haja vista que 70 a 80% das células do sistema imune estão concentradas no intestino, onde existem cerca de 100 milhões de neurônios conectados ao intestino. Ademais, 95% da serotonina total do organismo é produzida na região intestinal (VEDOVATO *et al.*, 2014). Desse modo, infere-se que o aleitamento materno é ferramenta essencial para garantir uma transição satisfatória nesse período de muita vulnerabilidade (PASSANHA; CERVATO-MANCUSO; SILVA, 2010).

Como supracitado, o desenvolvimento do intestino na vida intrauterina sofre influência de fatores genéticos, ambientais e nutricionais. O paradigma do útero estéril postulado por Henry Tissier, em 1889, propõe que o feto é estéril e começa a adquirir suas primeiras bactérias através da passagem pelo canal do parto (FERNANDES, 2018). De modo divergente, o artigo “*The microbiome, parturition, and timing of birth: more questions than answers*” (PRINCE, 2014) relata a presença de DNA bacteriano no cordão umbilical, líquido amniótico, placenta e no mecônio (a primeira matéria fecal do recém-nascido), sugerindo uma colonização intestinal antes do nascimento.

Visto por esse prisma, salienta-se a importância, para o recém-nascido, que suas superfícies e mucosas sejam colonizadas em passos acelerados pelos microrganismos, diminuindo de forma significativa os riscos de ocorrências de doenças agudas e/ou crônicas, o que influenciará na sua vida adulta (OLIVEIRA, 2019).

Dada a importância da relação entre a microbiota intestinal e a saúde do bebê, este resumo expandido tem por objetivo trazer à discussão os aspectos pertinentes a essa colonização, principalmente durante o período de lactação do RN, e o pediatra está intimamente ligado com as orientações quanto à amamentação materna, por exemplo, a qual tem papel fundamental nesse processo.



METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, sobre aspectos relacionados à influência do aleitamento materno e da via de parto na constituição da microbiota intestinal do lactente, o qual foi realizado por meio de buscas nas bases de dados do Google Acadêmico e Pubmed. Para pesquisa, foram utilizadas palavras-chaves, tais como: “microbiota intestinal”, “lactentes” e “aleitamento materno”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sabe-se que o microbioma vem sendo considerado como um sistema do organismo, composto por trilhões de células microbianas, segundo Stiemsma e Michels (2018). Esses autores também trazem que o líquido amniótico e a placenta contêm bactérias não patogênicas em seu interior, o que permite a troca de micróbios entre a mãe e o feto, visto que, até pouco tempo, se conhecia erroneamente que o útero era um órgão estéril. Mas, à medida que o neonato cresce, seu microbioma diverge em nichos corporais de micróbios isolados.

No pós-natal, o parto vaginal é o primeiro determinante da colonização bacteriana nos bebês, intermediando o contato com bactérias típicas da vagina, como *Prevotella* e *Atopobium*. Ademais, estudos recentes apontam que esse achado pode ser específico da microbiota intestinal neonatal. Nesse sentido, o perfil desse microbioma, observado desde o nascimento até os 2 anos de idade, sugere que a forma do nascimento (parto normal ou cesáreo) pode resultar em disbiose microbiana intestinal prolongada, sendo mais proeminente entre o nascimento e os 3 meses de vida, caracterizada por mudanças na prevalência de táxons específicos de bactérias (STIEMSMA; MICHELS, 2018), o que pode diminuir sua diversidade.

Entretanto, não é por acaso que a amamentação, por sua vez, é dita como sendo a base da vida. É ela que fortalece a criança desde o início, tornando-se a melhor alimentação possível nessa idade, repercutindo em saúde física e mental ao longo dos anos e sendo um alicerce na saúde das crianças (GIUGLIANI *et al.*, 2018). Os autores também trazem que o microbioma da primeira infância tem a capacidade de determinar a saúde e desenvolvimento humano a longo prazo, dado que ele é um mediador, tanto na ausência, como na presença de doenças. Assim, no começo da vida, a colonização microbiana infantil se dá com o processo materno-fetal de troca de microorganismos, o que é bastante influenciado pelo leite materno.

Stiemsma e Michels (2018) pontuam que a amamentação semeia as bactérias intestinais na infância. Isso acontece por meio do contato com micróbios presentes na aréola mamária, realizado com a sucção do bebê, e com o leite materno, o qual também é fonte de energia para muitos desses microorganismos, pois ele oferta uma espécie de açúcar chamado oligossacarídeo, que é por eles utilizado. Além de tudo, também há uma associação dependente entre a quantidade de leite materno ingerida pelo bebê e sua composição de bactérias intestinais, lembrando que a amamentação no seio da mãe deve ser exclusiva nos primeiros 6 meses de vida do RN, e continuado até os 2 anos ou mais (GIUGLIANI *et al.*, 2018).

Dessa forma, o leite materno, sua microbiota, bem como a fermentação dos oligossacarídeos presente em sua composição, modulam a microbiota intestinal do bebê. Isso se evidencia, uma vez que esses açúcares aumentam a população de bactérias benéficas, pelos seus efeitos tanto probióticos quanto prebióticos e, conseqüentemente, a microbiota intestinal de neonatos é dominada por bifidobactérias e lactobacilos (CARVALHO-RAMOS *et al.*, 2018). Além disso, os oligossacarídeos promovem a modulação do sistema linfóide associado ao intestino, chamado GALT,



prevenindo a translocação bacteriana e reações alérgicas mediadas pelo sistema imune (TADDEI, 2017).

Assim, com a presença de *Lactobacillus* e *Bifidobacterium* no leite materno, ocorrem efeitos na imunomodulação da mucosa intestinal. Essas espécies ocasionam aumento da atividade das células *natural killer* e produção de células imunitárias, como os macrófagos que ativam fagócitos, promovendo a secreção da imunoglobulina A (IgA) e diminuindo possíveis reações de hipersensibilidade. Nesse viés, uma alteração no equilíbrio da mucosa intestinal pode romper o sensível mecanismo imune intestinal, podendo ser ocasionada, por exemplo, pela falta de aleitamento materno (TADDEI, 2017). Com isso, urge a necessidade de incentivos à amamentação em todas as esferas da vida da mulher, desde o período gestacional, com ações multidisciplinares, integrativas e de apoio ao binômio mãe-bebê.

CONCLUSÕES

Em vista dos argumentos apresentados, destaca-se que a microbiota intestinal é um assunto ainda muito estudado e que sofre influência de diversos fatores, desde a vida intrauterina. Ademais, o tipo de parto e o aleitamento materno são determinantes na colonização bacteriana do bebê, visto que vão modular a microbiota intestinal para que haja a diminuição dos riscos de adquirir doenças agudas e/ou crônicas. Desse modo, deve-se sempre ocorrer o incentivo e apoio à mãe, tanto por parte da família quanto pela parte do médico, para que ela alimente o recém-nascido com leite materno exclusivo até os 6 meses de idade, e depois, mesmo com o incremento de outros alimentos, continue com o leite materno até os 2 anos de idade da criança. Esse ato irá estruturar uma microbiota intestinal saudável e protetora nesse período, a qual irá impactar de maneira positiva na vida adulta do recém-nascido, e sua realização também é de responsabilidade do Pediatra, o qual deve munir a mulher e sua família com informações de qualidade sobre o aleitamento materno, a contar do momento em que a mulher o procura, essencialmente ainda na gestação.

REFERÊNCIAS

CARVALHO-RAMOS, I. I. *et al.* Aleitamento materno aumenta a resiliência da comunidade microbiana. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 3, p. 258–267, jun. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3dIKLki>. Acesso em: 07 ago. 2022.

FERNANDES, T. F. Consciência Dossiê Micromundo. **Impactos da microbiota intestinal na saúde do lactente e da criança em curto e longo prazo**. 8, junho, 2018. Acesso em: 08 ago. 2022.

GIUGLIANI, E. R. J. *et al.* **Amamentação: A base da vida**. Departamento científico de Aleitamento Materno. Sociedade Brasileira de Pediatria. Porto Alegre, n. 6, 2018.

OLIVEIRA, B. L. C. T. **Comparação de microbiota intestinal de crianças em aleitamento materno exclusivo e em uso de fórmulas infantis**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3bSWsyq>. Acesso em: 08 ago. 2022.

PASSANHA, A.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; SILVA, M. E. M. P. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.**, v.20, n. 2, p. 351-360, 2010.



PRINCE, A. *et al.* **The microbiome, parturition, and timing of birth: more questions than answers**, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3zNzwst>. Acesso em: 10 ago. 2022.

STIEMSMA, L. T.; MICHELS, K. B. The Role of the Microbiome in the Developmental Origins of Health and Disease. **Pediatrics**, v. 141, n. 4, Apr 2018.

TADDEI, C. R. **Microbiota intestinal no início da vida**. São Paulo: ILSI Brasil - International Life Sciences Institute do Brasil, 2017. Série de publicações Ilsi Brasil: força tarefa de nutrição da criança; v. 3, p. 14-20 Disponível em: <https://bit.ly/3Qy64gS>. Acesso em: 07 ago. 2022.

VEDOVATO, K. *et al.* O eixo intestino-cérebro e o papel da serotonina. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 18 n. 1, p. 33-42, jan./abr. 2014



MONKEYPOX: O MEDO DE UMA NOVA PANDEMIA

VALENTINI, Vanesa

097773@aluno.uricer.edu.br

SOLEK, Camila Caetano

097825@aluno.uricer.edu.br

TOMBINI, Maira Hellen

097905@aluno.uricer.edu.br

PÉCORA DA SILVA, Aline

097780@aluno.uricer.edu.br

LUZ, Caroline Andreola da

097742@aluno.uricer.edu.br

RESTELLO, Rozane

rosane@uricer.edu.br

INTRODUÇÃO

Desde de maio de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) está atenta a um surto de Monkeypox em países não endêmicos, ela foi identificada em 23 Estados membros das 4 regiões da OMS. Em 1 de julho de 2022 haviam 257 casos confirmados laboratorialmente e 120 casos suspeitos no mundo. (SOUSA, *et al* 2022).

O surgimento desse novo surto causou preocupação entre as autoridades de saúde pública sobre a hipótese de isso se tornar uma nova ameaça. A Monkeypox é um vírus de DNA de fita dupla, que faz parte do gênero *Ortopoxviruses*, e foi identificado pela primeira vez em macacos. (RIZK, *et al* 2022).

2 METODOLOGIA

Com o objetivo de discorrer acerca do tema Monkeypox, foi realizada uma revisão bibliográfica, buscando entender o mecanismo dessa nova doença e suas implicações para a saúde da população, para apresentar na 5ª Jornada Acadêmica do Curso de Medicina da URI-Erechim. Para a localização dos artigos, foram realizadas pesquisas nas plataformas do Google Acadêmico, Scielo e PubMed por meio de palavras chave, como “varíola” e “monkeypox”, entre os anos de 2004 e 2022. Após a leitura dos artigos foi realizado uma síntese e estas encontram-se no item resultados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Monkeypox (MPV) é uma endemia em vários países do continente africano, que está se espalhando pelo mundo todo, podendo se tornar uma nova emergência sanitária global. A varíola dos macacos é uma zoonose viral, que possui incubação média de 6 a 13 dias, e tem como características clínicas alguns sintomas como febre, cefaleias, linfadenopatias, astenia e mialgias, seguidas de erupções cutâneas majoritariamente em face e extremidades, mas também em mucosas orais, genitais, conjuntivas e córneas. Apesar da sintomatologia abrangente, a doença é autolimitada, desaparecendo em duas a quatro semanas espontaneamente (SOUSA, *et al* 2022).

O diagnóstico definitivo é obtido por meio da confirmação laboratorial, e entre as ferramentas e técnicas utilizadas para isso estão: isolamento de MPV em cultura,



teste de PCR, morfologia do vírus consistente com a presença de um ortopoxvírus presente na microscopia eletrônica e/ou teste imuno-histoquímico, ambos na ausência de exposição a outro ortopoxvírus. (GIULIO, *et al* 2004)

Entretanto, em nota, a OMS declarou que a reação em cadeia da polimerase (PCR) é o teste de laboratório preferido devido à sua precisão e sensibilidade. Como os orthopoxvírus são sorologicamente reativos, os métodos de detecção de antígenos e anticorpos não fornecem confirmação específica para varíola de macaco. (OMS 2022). Portanto, em países como o Brasil, que apresentam surtos recentes, os métodos de sorologia e detecção de antígenos não são recomendados para diagnóstico ou investigação de casos, visto que os recursos são limitados. As amostras diagnósticas ideais são de lesões de pele – o teto ou fluido de vesículas e pústulas e crostas secas. (OMS, 2022).

Outro ponto importante a ser analisado é o tratamento da doença, pois, atualmente, não há medicamentos ou medidas terapêuticas específicas aprovados para a infecção pelo vírus da varíola dos macacos (OMS;2022). No entanto, um agente antiviral conhecido como Tecovirimat, que foi desenvolvido para a varíola e licenciado pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) pode ser usado como preparação para um evento epidêmico. Com base em dados em estudos em animais e humanos obtidos em 2022 sobre uma possível melhora nos quadros de Monkeypox com o uso do medicamento citado anteriormente, a OMS a solicitou estudos de forma global, para formular uma terapêutica efetiva e adequada para casos de Varíola dos Macacos. (OMS, 2022).

4 CONCLUSÃO

Em virtude do que foi apresentado neste resumo expandido, foi possível concluir que a varíola dos macacos é uma doença com potencial pandêmico e que contém algumas interrogações a serem desvendadas pela ciência. No entanto, a prevenção e os cuidados adequados com os pacientes que apresentam a sintomatologia supracitada são fatores fundamentais para se levar em consideração, principalmente quando se pensa em evitar uma propagação maior da doença para várias partes do mundo. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de mais estudos sobre a Monkeypox, para que o manejo desta patologia ocorra de forma adequada, visando evitar uma nova pandemia, e também salvar o maior número de vida possível, nos locais em que a doença já se alastrou.

REFERÊNCIAS

GIULIO, D.B; ECKBURG, P.B. Human monkeypox: an emerging zoonosis. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 4, ed. 1, p 15-25, 2004. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(03\)00856-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(03)00856-9/fulltext)>. Acesso em 10 de agosto de 2022.

MENEZES FILHO, ACP de; VENTURA, MVA; BATISTA-VENTURA, HRF; CASTRO, CF de S.; TEIXEIRA, MB; SOARES, FAL Casos de varíola no Brasil, uma possível pandemia?. **Revista Brasileira de Ciências**, v. 1, n. 10, pág. 1–4, 2022. Disponível em: <https://bjs.emnuvens.com.br/revista/article/view/179>. Acesso em: 10 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Protocolo Core** - Um estudo internacional adaptativo multi-país, randomizado, controlado por placebo, duplo-cego da segurança e eficácia dos tratamentos para pacientes com doença do vírus da varíola dos macacos; 24 jul. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/core->



protocol---an-international-adaptive-multi-country-randomized-placebo-controlled--double-blinded-trial-of-the-safety-and-efficacy-of-treatments-for-patients-with-monkeypox-virus-disease. Acesso em 10 de agosto de 2022.

RIZK, J. G.; LIPPI, G.; HENRY, B. M.; *et al.* Prevention and Treatment of Monkeypox. *Drugs*, v. 82, n. 9, p. 957–963, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40265-022-01742-y>. Acesso em: 13 ago. 2022.

SOUSA, A.F. L.; SOUSA, A.R.; FRONTEIRA, I. Monkeypox: entre precisão saúde pública e risco de estigma. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2022, v. 75, n. 05. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Fskry43Fw58K3bDw6x6yWjw/?lang=en>; Acesso em 10 de agosto de 2022.



NECROFILIA: A ATRAÇÃO SEXUAL POR CADÁVERES À LUZ DA PSIQUIATRIA FORENSE

LAZZAROTTO, Gabriel

lazzarotto.gab@gmail.com

KOERICH, Amanda Hedel

amandahedel@gmail.com

MARTINS, Luana Simionato

luana.simionato@hotmail.com

DALLA COSTA, Gabriela Elis

gabrielaelisdallacosta@hotmail.com

SANTOS, Vitória Eduarda

vitoriaeduardasantos0037@gmail.com

SARTORI, Giana Lisa Zanardo

sgiana@uricer.edu.br

INTRODUÇÃO

A necrofilia, incorporada ao grupo dos transtornos de preferência sexual, é uma parafilia na qual o autor do crime recebe prazer em manter relações sexuais com os mortos. Para compreender melhor o assunto faz-se necessário consultar a literatura especializada com a definição do diagnóstico: os transtornos de preferência sexual são caracterizados pela presença de impulsos sexuais intensos e recorrentes, fantasias sexuais específicas e práticas sexuais repetitivas e persistentes, exclusivamente em resposta a objetos e situações incomuns, sendo, neste caso, cadáveres. Mesmo sendo raro, esse transtorno é datado desde os tempos antigos, nos quais os egípcios proibiam os corpos das esposas de poderosos faraós de irem sozinhos até o embalsamento, por medo destes serem violados. O presente estudo objetiva compreender a necrofilia e sua interpretação no âmbito da psiquiatria forense no contexto dos transtornos de preferência sexual.

METODOLOGIA

Esse resumo expandido consiste em uma revisão bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, utilizando-se de 4 (quatro) artigos publicados na base de dados do Scielo e PubMed, em língua portuguesa e inglesa. Foram selecionados artigos publicados no período de 2009 a 2021, de autores referência no assunto, a partir de algumas palavras-chaves fundamentais: Necrofilia, Parafilias e Transtornos de Preferência Sexual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O termo necrofilia, criado em 1850 por Joseph Guislain, originado do grego "*nekrós*" (morto) e *filía* (amor), é uma parafilia caracterizada pela excitação sexual advinda da idéia, visão ou contato com um cadáver. Na maioria dos casos, o impulso para que essa parafilia ocorra advém da ideia de posse de um parceiro, o qual não poderá demonstrar rejeição ou resistência perante o autor do crime.



Com o lançamento do DSM-V, há uma distinção entre o comportamento humano atípico e o transtorno parafilico. De acordo com a nova classificação, a grande parte das pessoas com um desejo sexual atípico não apresenta um transtorno mental. Para o diagnóstico do transtorno parafilico, o DSM-V e o CID-10 requerem que a pessoa com interesses sexuais atípicos: sinta angústia pessoal por seu interesse sexual (não somente a desaprovação da sociedade) e tenha desejo ou comportamento sexual que envolva o sofrimento psicológico, lesões ou morte de outras pessoas ou prática sexual com pessoas que não querem ou não são capazes de dar o seu consentimento legal (ABDO; LUCENA, 2014).

Após diagnosticar essa atração sexual por cadáveres como um transtorno parafilico, ela pode ser dividida em dois grupos: a necrofilia genuína e a pseudo-necrofilia. O necrófilo genuíno possui uma atração sexual persistente perante os cadáveres. Ela pode ser manifestada nas fantasias sexuais do necrófilo ou por uma série de atos necrofílicos recorrentes, incluindo os casos onde o cadáver representa um objeto de fetiche. A necrofilia genuína ainda pode ser subdividida em três grupos, de acordo com a natureza que os atos acontecem em relação aos corpos: *Homicídio necrofílico*, onde o necrófilo assassina sua vítima para obter o cadáver para o ato, *Necrofilia regular*, na qual o necrófilo utiliza-se de corpos já mortos para praticar a necrofilia e por fim, a *fantasia necrofílica*, na qual o ato não é cometido, mas sim fantasiado pelo necrófilo (AGGRAWAL, 2009).

Já na pseudo-necrofilia, existe uma atração transitória em relação aos cadáveres, mas eles não são o objeto principal de prazer dos pseudo-necrófilos. Esse grupo prefere contato sexual com parceiros vivos, e dentro dele encontramos: sadistas, oportunistas e alguns casos transitórios de necrofilia. Abrange ainda, pessoas que já passaram pela experiência mas que não a planejam com antecedência, não podendo ser consideradas necrófilos (AGGRAWAL, 2009).

Após entender como a mente de um necrófilo funciona, deve-se indagar quem ele é. Geralmente, esse perfil é preenchido por coveiros ou assistentes mortuários, os quais são mais propensos a cometer necrofilia. A solidão, juntamente com o fácil acesso aos corpos geralmente é a motivação dos necrófilos. Porém, é notório que, frequentemente, necrófilos escolhem profissões as quais lhe permitem acesso livre e fácil aos corpos (AGGRAWAL, 2009).

Apesar de muito repercutida e estudada, a necrofilia não é a mais comum das parafilias, o que não a torna menos interessante. Diversas vezes, ao longo da história, diferentes povos e civilizações dataram casos e ações contra a necrofilia, cada um deles abrangendo a sua cultura. Na mitologia grega, um dos casos mais famosos de necrofilia é o de Aquiles, o qual manteve relações sexuais com o corpo morto de Pentésileia. Assim como na Grécia antiga, comumente, os cadáveres que eram usados para propósitos sexuais não eram "frescos", mas sim retirados de túmulos ou tumbas, em estados de putrefação ou mumificação. Há aqueles que preferem somente os ossos. Necrofagistas (diferentemente dos necrófilos) usavam-se de corpos em decomposição, nas primeiras 24 à 72 horas após a morte, o quais são diferentes de canibais, que preferem carne humana recente ou de pessoas amadas, movidas por motivos espirituais (AGGRAWAL, 2010).

Em relação à epidemiologia da necrofilia, poucos casos são datados, isso ocorre pelo fato da maioria dos atos cometidos serem mantidos em segredo, o que leva a percepção de que as estatísticas poderiam ser ainda maiores do que aquelas que as pesquisas apontam. Na maioria dos casos a situação somente é conhecida, quando vem a público, se o sujeito é descoberto. No estudo feito por Rosman e Resnick, foram compilados 122 casos de necrofilia (88 casos na literatura e 34 casos



não reportados relatados por colegas). Assim, como os demais transtornos de preferência sexual, a necrofilia aparenta ser quase, exclusivamente, dominada por homens, apesar de alguns casos estarem registrados com autoria do sexo feminino. Ainda no mesmo estudo, evidencia-se que 60% dos necrófilos eram casados, 28% eram solteiros e 14% eram divorciados ou viúvos. Além disso, 11% dos necrófilos genuínos mostraram evidência de psicose. Álcool foi considerado um fator importante para vencer a inibição e cometer o ato (especialmente no grupo homicida), mas o diagnóstico mais comum foi o transtorno de personalidade. O uso de álcool também contribuiu para o delito ocorrido no caso relatado e se mostrou congruente com a revisão desses autores (MOSCATELLO, 2010).

O exame de um cadáver com suposta acusação de necrofilia começa pela observação das roupas sobre o cadáver. Se o corpo estiver nu, começa uma perícia física geral, em busca de todas as agressões físicas visíveis. John Christie foi um assassino em série Inglês, na década de 40, que praticava necrofilia após cometer seus assassinatos, sendo um dos poucos casos da literatura onde a necrofilia foi confirmada pelo autor dos crimes, sendo considerado emblemático, citado de forma recorrente, na literatura. Dentre suas vítimas, nenhum dos corpos utilizados por ele portava roupa íntima, a qual foi retirada para atividades fetichistas. Para o patologista confirmar se o cadáver foi ou não sexualmente abusado, a principal tarefa é determinar se as lesões do corpo foram feitas no período anterior ou posterior à morte. O caso mais comum encontrado é a ruptura, após a morte, do hímen. Pode ser evidenciado o não sangramento e a falta de processo inflamatório na membrana do canal vaginal. Outro ponto a ser procurado é o indício de sêmen, tanto nas roupas quanto no corpo da vítima. No caso de Cheryl Omas, vítima de John, foi encontrado sêmen em seu cadáver 6 anos após o ato, o que levou à prisão de Graham Coutts, após testagem de DNA (AGGRAWAL, 2010).

CONCLUSÃO

Com base na revisão bibliográfica realizada, foi possível concluir que a necrofilia é uma parafilia caracterizada pela excitação sexual em torno de um cadáver, que pode ocorrer através de uma fantasia ou ato físico. O que causa esse impulso sexual não é o cadáver em si, mas sim a idealização de domínio e posse, sem que possa haver resistência ou rejeição acerca de sua ação. Interessante destacar que, na literatura, já há a descrição de um perfil para o agente causador do ato, na sua maioria homens que trabalham ou são mais expostos ao contato com cadáveres. Além disso, também se evidenciou o uso de álcool como um impulsionador. Portanto, fica claro que, mesmo não sendo o transtorno mais frequente, ele evidencia em vários casos uma psicose, tornando-se um tema de suma importância para a Medicina Legal e a Psiquiatria Forense, merecedor de estudos e pesquisas que possam contribuir para o avanço das ciências envolvidas, para um manuseio e intervenção corretas que possam evitar este tipo de conduta, proporcionando mais bem estar para a sociedade.

REFERÊNCIAS

AGGRAWAL, A. **A new classification of necrophilia**. J. Forensic Leg. Med., 16 (2009), pp. 316-320

AGGRAWAL, A. **Necrophilia: Forensic and Medico-legal aspects**. Dezembro de 2010. DOI: 10.1201/b10418. Edição: 1ª. Editora: CRC Press LLC, 2000 Corporate Blvd., NW, Boca Raton, Flórida 3343. ISBN: ISBN-10: 1420089129; ISBN-13: 978-1420089127



LUCENA, B. B.; ABDO, C. H. N. Transtorno parafílico: o que mudou com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5). **Diagn Tratamento**, v.19, p.94-6, 2014.

MOSCATELLO, R. Necrofilia: uma rara parafilia. **Braz. J. Psychiatry**, v.32, n.3, Set., 2010 • <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000300021>



OS RELATOS DE CHICO TASSO EM “MEU ERECHIM CINQUENTÃO”: VESTÍGIOS PARA PESQUISA EM HISTÓRIA DA SAÚDE NA REGIÃO DO ALTO URUGUAI (1929-1968): COMBATES NA REGIÃO E SOLUÇÃO PARA AUSÊNCIA DE MÉDICOS

MARSSAROTTO, Rafael Rossa
rafaelmarsarotto@gmail.com

ZANIN, Elisabete Maria
emz@uricer.edu.br

WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk
msalete@uricer.edu.br

CARON, Márcia dos Santos
marciacaron@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

O “Jornal Boavistense” foi um dos primeiros jornais publicados em Erechim. Foi criado em 26 de outubro de 1929, como publicação independente, sendo posteriormente denominado “A Voz da Serra”.

Chico Tasso foi o pseudônimo adotado pelo Padre Benjamin Busato, nascido na cidade de Nova Palma, Rio Grande do Sul, em 27 de junho de 1902. Pe Benjamin estudou Filosofia e Teologia no Colégio Conceição de São Leopoldo, sendo ordenado sacerdote em 9 de agosto de 1925 (CIMA, 2022). Neste mesmo ano, transferiu-se para Erechim, município emancipado há sete anos, fazendo-o presenciar e posteriormente relatar por meio de crônicas, os hábitos, rotinas e costumes dos colonizadores.

Suas crônicas foram editadas e publicadas na íntegra pelo jornal “A Voz da Serra” entre os anos de 1967 e 1968 e resultaram no livro “*Meu Erechim Cinquentão*” (CIMA, 2022). Esta obra contém inúmeros relatos que traduzem o cotidiano da população e também os cuidados à saúde dos feridos nas batalhas ocorridas na região, em 1923.

Neste contexto, este trabalho intenciona revisitar a obra de Chico Tasso, sob olhar histórico e da saúde, no sentido de elucidar como Erechim organizou-se para prestar atendimento aos feridos nas batalhas do Giaretta e de Quatro Irmãos, bem como resgatar a forma de resolver situações críticas em saúde, na ausência de médicos, buscando com isso, contribuir para os registros históricos regionais nesta temática.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva, tendo como fonte primária, as crônicas escritas pelo Pe. Benjamin Busato publicadas na obra “*Meu Erechim Cinquentão*”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“*Meu Erechim Cinquentão*” possui 80 crônicas com temas diversos e 19 reproduções fotográficas, cujas informações a seguir apresentadas foram sistematizadas



com fins de organização temática, porém sua transcrição deu-se por meio de paráfrases da escrita do autor.

Combate do Giareta

Em 1923, durante o combate no Giarretta (23 de junho de 1923), o Cinema Avenida de Emilio Noal foi convertido em Banco de Sangue. A Comissão de Terras recebeu cobertores, lençóis e camas arrecadados pelas casas da cidade e também foi transformado em hospital (TASSO, 1968?, p.11?).

Combate de Quatro Irmãos

Durante o Combate de Quatro Irmãos (13 de setembro de 1923), os feridos vieram para Paiol Grande (Erechim). Os maragatos foram hospitalizados no prédio do Ismael Pessini, onde hoje é o Arioli. Os chimangos na Comissão de Terras. Um médico de Cruz Alta atendia a ambos (TASSO, 1968?, p.92?).

Atendimentos informais na ausência de médicos

Como não havia ou quase não havia médicos, existiam pessoas que resolviam críticas situações de saúde. Para as fraturas de ossos se dedicavam, os esculápios, que se titulavam giuntaossi (conserta osso). Foram eles o velho Tagliari, o velho Fossati, o velho Pissetta e a velha Taliana, lá no Rio Negro. Luiz Fossati, pai do Salvador morava na Avenida onde “hoje” está a casa Esmeralda. Um dia foi quase parar na cadeia porque não podia exercer a arte médica (TASSO, 1968?, p.106?).

Também existiam os curandeiros, os benzedores e as “costureiras”. Curador de fama foi o Dr. Saracura, um caboclo que residia no Saracura, próximo a Itatiba. Tinha uma tenda onde iniciou receitando chá de ervas (erva de passarinho, erva tostão, cabelo de porco). Mais tarde começou a consultar em sala reservada e recebeu pessoas de toda parte, inclusive da Argentina (TASSO, 1968?, p.107?).

CONCLUSÕES

Pe. Busato ou Chico Tasso, em sua obra “*Meu Erechim Cinquentão*”, apresenta uma série de crônicas com diversas temáticas, dentre elas carnaval, escolas, eleições, sindicatos. Sua escrita é simples e transparece o desejo de informar o que ocorria à época, isto é, o desejo de registrar o processo histórico de Erechim.

Na saúde, os relatos envolvem os locais de funcionamento dos hospitais, o uso de remédios antes dos médicos, os curandeiros, benzedoras, o surgimento do antibiótico (penicilina) e sua forma de distribuição, as parteiras, o primeiro médico a estabelecer-se em Erechim, alguns procedimentos cirúrgicos realizados, entre outros.

Para este trabalho, priorizou-se os relatos que estivessem vinculados à área da saúde relacionados a organização dos atendimentos aos feridos nas batalhas revolucionárias, baseados no problema inicial “O que Chico Tasso escreveu sobre a saúde em Erechim nos seus primeiros 50 anos de emancipação?” A história escrita pelo Pe. Busato em “*Meu Erechim Cinquentão*” revela sua forma de ver o passado em razão de sua posição social. Outro aspecto importante de destaque é que, para ele, existe suma importância no “lembrar”, que é frequente nos seus escritos, uma vez que considera a memória relacionada à história e sua principal fonte de pesquisa. Os relatos do Pe. Busato, sob o pseudônimo de Chico Tasso demonstram que ainda hoje há um vasto campo a ser pesquisado e organizado, a fim de que se possa compor o processo histórico erechinense.

REFERÊNCIAS

CIMA, S. M. **Reza e política**: uma combinação na vida do Padre Busato em Erechim. Passo Fundo/RS: UPF, 2003.



TASSO, Chico. **Meu Erechim Cinquentão**. Erechim: A Voz da Serra, 1968?.



OS RELATOS DE CHICO TASSO EM “MEU ERECHIM CINQUENTÃO”: VESTÍGIOS PARA PESQUISA EM HISTÓRIA DA SAÚDE NA REGIÃO DO ALTO URUGUAI (1929-1968) - MÉDICOS, HOSPITAIS E A PENICILINA

BOURCKHARDT, Taina da Rosa
095353@uricer.edu.br

CARON, Márcia dos Santos
marciacaron@uricer.edu.br

WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk
msalete@uricer.edu.br

ZANIN, Elisabete Maria
emz@uricer.edu.br
URI – Erechim

INTRODUÇÃO

“A Voz da Serra” foi um dos primeiros jornais publicados em Erechim. Foi criado em 26 de outubro de 1929 com o nome “O Boavistense”, sem vínculo partidário ou religioso, por isso um órgão independente. Seus fundadores foram o jornalista Estevam Carraro e sua esposa Gelsomina Noal Carraro. O jornal continua existindo até os dias atuais.

Benjamin Busato nasceu em 27 de junho de 1902 em Nova Palma, Rio Grande do Sul. Sua formação religiosa em Filosofia e Teologia ocorreu no Colégio Conceição de São Leopoldo, cuja direção era jesuítica e se norteava pelos princípios de disciplina, ordem, seriedade, culto do intelecto e dos valores espirituais. Foi ordenado sacerdote em 9 de agosto de 1925. Nesta mesma época, em fins de 1925, fixou-se em Erechim como vigário cooperador dos padres Carlos Schwertschlager e Vicente Testani, dois párocos da igreja São José. Nessa paróquia, presenciou os primórdios da história de Erechim e foi testemunha pessoal de episódios que, mais tarde, seriam amplamente relatados em suas crônicas (CIMA, 2003).

A obra “*Meu Erechim Cinquentão*”, escrita pelo Pe. Busato sob o pseudônimo de Chico Tasso, foi editado e publicado na íntegra pelo jornal “A Voz da Serra” no período de 25 de julho de 1967 a 29 de maio de 1968 (CIMA, 2003). No livro, Pe. Busato descreve lembranças e experiências que traduzem os costumes e hábitos dos imigrantes, os transportes, os remédios, as diversões, numa espécie de retrospectiva, envolvendo o período da escrita das crônicas.

Portanto, ler “*Meu Erechim Cinquentão*” e entendê-lo como fonte de pesquisa histórica primária, é perceber que o Pe. Busato escreveu sobre uma ampla diversidade de assuntos, todos relacionados à história de Erechim, indicando possibilidades de pesquisa em História em diversos aspectos (sociais, políticos, culturais, econômicos e também em saúde).

Com base no apresentado, este estudo tem como principal questão norteadora de investigação: o que Chico Tasso escreveu sobre a saúde em Erechim nos seus primeiros 50 anos de emancipação?



METODOLOGIA

Com o intuito de responder ao questionamento posto, o presente trabalho partiu da leitura das crônicas escritas e publicadas na obra "*Meu Erechim Cinquentão*", escritas pelo Pe. Busato e publicadas pelo jornal "A Voz da Serra", em comemoração à passagem de 50 anos do município de Erechim.

Configurando-se como uma pesquisa bibliográfica, exploratória e introdutória ao tema, nas crônicas foram destacadas as informações que, de alguma forma, tratavam da saúde em Erechim e entorno, para compor um mosaico de informações com os relatos escritos pelo autor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O livro "*Meu Erechim Cinquentão*" apresenta 80 crônicas e 19 reproduções fotográficas. Os temas são diversos e, em algumas das crônicas, Pe. Busato escreve sobre aspectos relacionados à saúde em Erechim e entorno, no início o século XX.

São destacados pelo autor, entre outros temas, a localização de alguns dos hospitais que existiram em Erechim, os primeiros médicos estabelecidos no município e arredores, medicamentos ministrados antes da prescrição médica e a chegada da penicilina.

A realização deste trabalho priorizou elencar os aspectos acima descritos e transcrevê-los neste texto, porém sua transcrição deu-se por meio de paráfrases da escrita do autor, a fim de sistematizá-los como fonte primária para futuras pesquisas.

Médicos e hospitais

Segundo Tasso (1968, p. 25?), até 1926 havia e não havia médicos em Erechim. Iam e vinham. Residentes havia em Passo Fundo. Em Viadutos medicou certo tempo o Dr. Cavena, o Dr. Canessa estabelecia-se em Getúlio Vargas. Aqui em Erechim o primeiro médico estabelecido foi Dr. Antônio Sousa. No princípio hospitalizava num velho casarão defronte ao Pagnocelli, mais tarde em prédio adaptado onde hoje está o Hotel Parenti. Dr. Cugurra substituiu Dr. Sousa e Dr. De Marco. "Dr Cugurra hospitalizava num enorme galpão-armazém, dos Caleffi, na Praça Julio de Castilhos. Em seguida passou para outro armazém, na rua João Massignan, pertencentes ao Sr. Atilio Azzoni. Em ambos a higiene era deficientíssima. Assim mesmo, poucas mortes.

O velho Erechim teve hospitais por todos os cantos. Um deles funcionou na rua Aratiba, quase em frente da firma Zordan. Era do Dr. Simoni. Ao mesmo tempo era aberto outro nas proximidades da Igreja de São Pedro, este do Dr. Cantergiani(TASSO, 1968?, p.25?).

Nas proximidades do atual Santa Terezinha também existiu um hospital pertencente a uma Sra. Parteira e onde também trabalhou um médico.

"Outro hospital sob a direção do Dr. Gino Angeli existiu na quadra em frente ao Cavedon, quase onde está a oficina Caldart." (TASSO, 1968?, p.25?).

O Hospital Santa Terezinha principiou com o Dr. Gallicchio, onde está o Sr. Cavedin(TASSO, 1968?, p.25?).

Com frente para a Estação Férrea funcionou muito tempo em prédio do Sr. Battista Grando, tendo trabalhado nele Dr. Ghinaglia e Dr. Barbieri e Dr. Carbone (TASSO, 1968?, p.25?).

Nos fundos da atual prefeitura, em construção do Sr. Otto Muller e sob direção do Sr. Sirchis e enfermagem de D. Catina Basso e Abel Onetta. Trabalharam nele muitos médicos, entre eles Dr. Milano e Dr. Ciro Miranda (TASSO, 1968?, p.25?).



Na rua que leva da Praça da Bandeira ao Colégio São José existiu outro hospital, com enfermagem de D. Dileta Cunha e serviços médicos do Dr. Malinski e Dr. Pericás (TASSO, 1968?, p.25?).

Erechim tem “hoje” Hospital de Caridade e Hospital Santa Terezinha onde muitos médicos trabalham, entre eles os filhos da terra Dr. Zanin, Dr. Caleffi e Dr. Reichmann(TASSO, 1968?, p.25?).

Em Erechim recebemos, vindos da Itália, os médicos Gallicchio, Del Mese Barbieri, Cogurra, Ghinaglia, Canessa, Angeli, Finocchio e muitos outros. Pioneiros da região. Não precisavam revalidar seus diplomas no Brasil, uma vez que eram dados por Universidades conhecidas (TASSO, 1968?, p.25?).

Médicos e atendimentos

Os médicos atendiam os doentes do interior em caso de doença, sendo buscados por algum familiar, como contado por Tasso (1968?). “Aqui no velho Erechim, o Sr. Munaro, de Barra do Rio Azul veio buscar o médico para a mulher doente” Castilhos (TASSO, 1968?, p.145?).

Outro doente da Barra do Rio Azul, um tirador de cedros que havia cortado o pé e ardia em febre devido à infecção, foi carregado e levado a pé, numa tarimba para ser atendido no Hospital do Dr. Gallicchio (TASSO, 1968?, p.37?).

Médico do exterior e amputação

Em Erechim houve a realização de uma amputação de um braço de um menino vindo de Erval Grande, feito por um médico da Universidade de Assunção, de passagem por Erechim Castilhos (TASSO, 1968?, p.36?).

Hospital em Cotegipe

Pe. Pollon foi o idealizador do hospital daquele município (TASSO, 1968?, p.45?).

Médicos do entorno

Na Barra do Rio Azul trabalhou Dr. Domenico Oss (austríaco de fala italiana) que depois passou atuar em Cotegipe (TASSO, 1968?, p.25?; p.149?).

Antibióticos

Quando surgiram os antibióticos (a penicilina em primeiro lugar) os sindicatos IAPI, entre outros, obtiveram gratuitamente para seus associados o milagroso medicamento, então caríssimo. Distribuído pelo Ministério do Trabalho do Rio de Janeiro Castilhos (TASSO, 1968?, p.26?).

Pelos relatos acima, transparece que Pe. Busato, em seus artigos, além de registrar aspectos selecionados por ele sobre o processo histórico erechinense, cumpria a política social da Igreja Católica, que era conquistar espaço na sociedade (CIMA, 2003).

CONCLUSÕES

Meu Erechim Cinquentão consiste numa série de crônicas sobre personagens, opiniões e revoluções. Na obra, assuntos e opiniões diversas são destaques.

Em especial no atinente aos relatos relativos à saúde, há necessidade de confirmar os fatos relatados por Chico Tasso. Esse processo de pesquisa, quer por via documental, quer por meio da história oral, é essencial, pois são notórias as lacunas em registros da história de Erechim no que tange à área da saúde.

Obras como “*Meu Erechim Cinquentão*” são narrativas que envolvem os fatos locais, preocupando-se em descrever o espaço em questão. Registram, assim, uma história factual, resgatando somente dados e informações, sem estabelecer relações mais amplas. Por isso, torna-se ainda mais relevante o papel do pesquisador, que



busca, por meio da análise destas fontes primárias, a reconstrução historiográfica significativa.

REFERÊNCIAS

CIMA, S. M. **Reza e política: uma combinação na vida do Padre Busato em Erechim.** Passo Fundo/RS: UPF, 2003.

TASSO, Chico. **Meu Erechim Cinquentão.** Erechim: A Voz da Serra, 1968.



OS RELATOS DE CHICO TASSO EM “MEU ERECHIM CINQUENTÃO”: VESTÍGIOS PARA PESQUISA EM HISTÓRIA DA SAÚDE NA REGIÃO DO ALTO URUGUAI (1929-1968) - PARTEIRAS, “FARMACÊUTICOS”, REMÉDIOS ANTES DA PRESCRIÇÃO E ASSISTENTE DE MÉDICO

RIGO, Naiane Ronsoni
031920@aluno.uricer.edu.br

ZANIN, Elisabete Maria
emz@uricer.edu.br

CARON, Márcia dos Santos
marciacaron@uricer.edu.br

WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk
msalete@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

“A Voz da Serra” foi um dos primeiros jornais publicados em Erechim. Foi criado em 26 de outubro de 1929 com o nome “O Boavistense”, sem vínculo partidário ou religioso, por isso um órgão independente.

A obra “*Meu Erechim Cinquentão*”, escrita pelo Pe. Busato sob o pseudônimo de Chico Tasso, foi editado e publicado na íntegra pelo jornal “A Voz da Serra” no período de 25 de julho de 1967 a 29 de maio de 1968 (CIMA, 2003). No livro, Pe. Busato descreve lembranças e experiências, envolvendo o período da escrita das crônicas.

“*Meu Erechim Cinquentão*” constitui-se em fonte de pesquisa histórica primária para diversos aspectos (sociais, políticos, culturais, econômicos e também em saúde).

Com base no apresentado, o presente trabalho tem como principal questão norteadora de investigação: o que Chico Tasso escreveu sobre a saúde em Erechim nos seus primeiros 50 anos de emancipação?

Entende-se que esta busca trará informações importantes para a historiografia regional, o que pode servir para embasar novas pesquisas na área. Afinal, conforme Henry Sigerist escreveu em 1939 no *Bulletin of the History of Medicine*: “O estudo da história não é um luxo. A história determina nossa vida” (NUNES, 2022).

METODOLOGIA

O presente trabalho partiu da leitura das crônicas escritas e publicadas na obra “*Meu Erechim Cinquentão*”, escritas pelo Pe. Benjamim Busato, sob o pseudônimo de Chico Tasso e publicadas pelo jornal “A Voz da Serra”, em comemoração à passagem de 50 anos do município de Erechim.

Configurando-se como uma pesquisa bibliográfica, exploratória e introdutória ao tema, nas crônicas foram destacadas as informações que, de alguma forma, tratavam da saúde em Erechim e entorno, para compor um mosaico de informações com os relatos escritos pelo autor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O livro “*Meu Erechim Cinquentão*” apresenta 80 crônicas e 19 reproduções fotográficas. Os temas são diversos e, em algumas das crônicas, Pe. Busato escreve sobre aspectos relacionados à saúde em Erechim e entorno, no início o século XX.



São destacados pelo autor, entre outros temas, as parteiras e suas funções, medicamentos ministrados antes da prescrição médica, “farmacêuticos” e a experiência de Chico Tasso como assistente médico.

A realização deste trabalho priorizou elencar os aspectos acima descritos, relativos à área da Saúde e transcrevê-los neste texto, a fim de sistematizá-los como fonte primária para futuras pesquisas.

Os tópicos a seguir relacionados foram transcritos do livro “Meu Erechim Cinquentão” Tasso (1968?), conforme a escrita do próprio autor, porém sem constituir-se uma citação direta.

Parteiras

A primeira parteira e por muito tempo foi D. Elisa Vacchi. Atendia o pessoal do povoadinho e das redondezas. Isso quando Erechim nem medido era e a Comissão de Terras estava ainda em Getúlio Vargas (TASSO, 1968?, p.39?).

A preocupação das mães era saber se a parteira (chamada de comadre) viria na hora com certeza. Os conhecimentos obstétricos resumiam-se na experiência aprendida com outras comadres e, pelos conselhos de algum médico humanitário. O mais perigoso era a higiene (falta dela) porque algumas trabalhavam com os dedos tismados de rapé. Mortes haviam poucas e se ocorriam (mal dos sete dias) estavam relacionadas pelo uso pozinhos e graxinhas nos umbigos. Havia a superstição de conservar por 40 dias a mesma camisola de lãzinha para não apanhar “mau ar” (TASSO, 1968?, p.189?).

Nos primeiros meses a criança era enfaixada com uma tira de pano de mais de cinco metros e isso por cima das fraldas. E apertada, bem apertada para não ficar com a espinha ou as pernas defeituosas. A mãe ficava resguardada 40 dias ainda consequência da ordem de Moisés, no antigo testamento. Janela fechada sempre para evitar o “mau ar” (o nome italiano “mal aire”, baseava-se em uma teoria de que haveria “miasmas” transmitidos por ar insalubre). Brodo era recomendado para a recuperação (TASSO, 1968?, p.189?).

O bico não era conhecido e usavam, uma bonequinha de pano molhada em água açucarada, colocada na boca do bebe (TASSO, 1968?, p.189?).

Os desarranjos eram comuns. E, se medidas severas não eram tomadas, a criança era acometida do Mal de Simiotto o que resultava numa criaturinha esmirrada, ossinhos a mostra, rosto desfigurado (TASSO, 1968?, p.189?).

Para as dores de barriga as parteiras recomendavam chá de erva doce ou massagem com azeite de oliveira esquentado. Vermes eram combatidos com dentes de alho usados num colar de linha no entorno do pescoço (TASSO, 1968?, p.189?).

Remédios antes dos médicos

Nos casos de sangue grosso (pressão alta) todos sabiam que precisava tirar parte do precioso líquido e que faziam com sangue sugas ou por incisão com lancetas. Tirava-se uma tigela ou mais (TASSO, 1968?, p.176?).

Em caso de queimadura indicavam batata inglesa cozida e fria, ovo batido ou toucinho. Balsamo alemão também era indicado. Usar Ichtol e expor ao sol (TASSO, 1968?, p.176?).

Para pontada a indicação era suar muito, o que se conseguia com chá de sabugueiro. A temida “tripa seca” ou “nó de tripa” (apendicite) levou muitos a ganhar dinheiro(TASSO, 1968?, p.176?).

Para febres eram usadas as homeopantias beladona e acônito. Eram pilulinhas que as crianças chamavam de ovos de aranha. Kneipp era usada para banhos(TASSO, 1968?, p.176?).



Purgantes utilizados eram o Gerolamo Pagliano xarope. Óleo de rícino, maná e sena (TASSO, 1968?, p.176?).

Chás de plantas como - canela, camomila, gervão, pariparoba, cabelo de porco, herva gomes, erva do passarinho, salsaparrilha, mansanilha, carqueja, casca de anta, carobeira, cancorosa, entre outras eram usadas (TASSO, 1968?, p.177?).

Farmacêuticos

Atiliano Machado (procurado para tratar crianças) – farmácia nas proximidades da Casa Stefli (TASSO, 1968?, p.25?).

Diógenes Nunes – farmácia à Praça Júlio de Castilhos (TASSO, 1968?, p.25?).

Capitão Mineiro – teve farmácia ao lado da Igreja Matriz sob direção de Heitor Pereira de Almeida Castilhos (TASSO, 1968?, p.25?).

No CAPRA, seu Henrique Capra mantinha uma farmácia da flora (chás) Castilhos (TASSO, 1968?, p.25?).

Assistente de médico

Chico Tasso foi assistente numa intervenção cirúrgica realizada pelo médico Dr. Oss. Um indivíduo que havia esfacelado as pernas sob árvores cortadas e encipoadas caídas de repente. Trazido depois de 2 dias, estava em coma e com princípio de necrose. A esterilização foi feita a base de espírito de graspa. O médico afastou os tecidos do osso com uma lâmina e depois trabalhou com serrotinho. Dr. Oss teria dito “a gente tenta tudo enquanto há respiração. Só para quando esta para.” E aí mesmo parou Castilhos (TASSO, 1968?, p. 147?).

CONCLUSÕES

Meu Erechim Cinquentão consiste numa série de crônicas sobre personagens, opiniões e revoluções. Na obra, assuntos e opiniões diversas são destaques, como a origem do nome Erechim; os períodos revolucionários de 1893, 1923 e 1930; organizações, como sindicatos, cooperativas, carnavais, hospitais, escolas; contrabando de pneus; Erechim como destaque com a denominação “Capital do Trigo;” origem de algumas cidades; tipos de diversões; a estrada de Nonoai; a primeira bomba de gasolina; Conselho Municipal; as eleições; remédios; indústrias caseiras e outros.

Há necessidade de confirmar os fatos relatados por Chico Tasso. Esse processo de pesquisa, quer por via documental, quer por meio da história oral, é essencial, pois são notórias as lacunas em registros da história de Erechim no que tange à área da saúde.

Obras como “*Meu Erechim Cinquentão*” são narrativas que envolvem os fatos locais, preocupando-se em descrever o espaço em questão. Registram, assim, uma história factual, resgatando somente dados e informações, sem estabelecer relações mais amplas. Por isso, torna-se ainda mais relevante o papel do pesquisador, que busca, por meio da análise destas fontes primárias, a reconstrução historiográfica significativa.

REFERÊNCIAS

CIMA, S. M. **Reza e política**: uma combinação na vida do Padre Busato em Erechim. Passo Fundo/RS: UPF, 2003.

NUNES, E. D. A Importância Da História Para A Formação Médica. **Boletim da FCM**, v.12, n.3, 2019. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/entrevista/importancia-da-historia-para-formacao-medica>. Acesso em: 20 jul. 2022.



TASSO, Chico. **Meu Erechim Cinquentão**. Erechim: A Voz da Serra, 1968.



PANORAMA DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

MAZZETTI, Jorgiana Luiza Copini
jhogi2009@hotmail.com

SOARES, Isadora Rosa
isadorasoares03@icloud.com

PERTILE, Julia Bianchi
juliapertile13@gmail.com

MARTELLO, Yasmin Benetti
yasbmartello@gmail.com

FAITÃO, Caroline
carolfaitao@gmail.com

DALL'AGNOL, Paulo Roberto
dallagnolprd@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares ocorrem por inúmeros motivos, estando entre as principais causas de morte de indivíduos internados, especialmente na ala de terapia intensiva. Os principais causadores dessas infecções são os microrganismos, como fungos, bactérias, vírus, sendo os dois primeiros os mais comuns (THOMAZ, *et al.* 2012). Na unidade de terapia intensiva (UTI) adulta os germes variam de acordo com a complexidade do atendimento e com o porte do hospital, sendo a *Pseudomonas aeruginosa* e o *staphylococcus aureus* as bactérias mais prevalentes 23,7% (COSTA *et al.*, 2019) e 14,3% (COSTA *et al.*, 2019), respectivamente. Elas podem ser definidas como infecções adquiridas após a admissão do paciente e que se manifestam após 48 horas da internação ou após a alta hospitalar, podendo estar relacionada com a internação e/ou com procedimentos hospitalares (ARDISSON *et al.*, 2019).

Alguns fatores podem influenciar na intensidade das infecções. O tempo o qual o paciente permanece hospitalizado, procedimentos invasivos como intubação, cateterismo, aspirações e biópsias podem aumentar os riscos. Além disso, a virulência e a resistência dos microrganismos causadores das infecções, são de extrema importância para a avaliação da possível terapêutica (THOMAZ *et al.*, 2012).

Com isso, o seguinte resumo tem por objetivo um esclarecimento sobre como ocorrem as infecções hospitalares de fato, suas causas e consequências, a partir de estudos da área. Além de mostrar, a importância do cuidado com essas infecções, por apresentarem altas taxas de mortalidade.

METODOLOGIA

O conteúdo disposto neste resumo baseou-se em conceitos que melhorassem a argumentação no que se refere às internações na UTI e sua associação com infecções hospitalares. O presente estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica, através de análise qualitativa, realizada mediante pesquisas nas plataformas digitais como Scielo e Google Acadêmico, por meio das palavras chaves: infecções hospitalares, infecções relacionadas à assistência à saúde, hospitais, unidade de terapia intensiva.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

As infecções relacionadas ao ambiente hospitalar merecem destaque nas pesquisas e discussões científicas, devido ao impacto que provocam na recuperação do paciente. Ainda, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os pacientes estão comumente mais suscetíveis a adquirirem infecções hospitalares devido a supressão do sistema imunológico e aos procedimentos invasivos realizados (BAPTISTA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, consoante a revisão integrativa da literatura de Costa *et al.*, (2019), os principais microrganismos causadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em Unidades de Terapia Intensiva dos hospitais brasileiros analisados entre os anos de 2000 a 2016, são: *Pseudomonas aeruginosa* (23,7%), *Staphylococcus aureus* (14,3%), *Acinetobacter baumannii* (14,3%) e *Klebsiella pneumoniae* (11,7%). Por outro viés, quando observada as IRAS em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, vê-se que, a partir de uma revisão integrativa da literatura, o patógeno *Klebsiella pneumoniae* é o mais predominante, sendo seguido por *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus* coagulase negativa e *Escherichia coli* (DA SILVA, *et al.*, 2022). Para finalizar, ao examinar a distribuição topográfica das infecções hospitalares é perceptível que há prevalência das infecções respiratórias, infecções da corrente sanguínea e infecções do trato urinário (CALIXTO *et al.*, 2020).

Além disso, um estudo realizado na UTI em um hospital público do Rio de Janeiro, o qual contou com 181 pacientes adultos internados no período de um ano e um tempo médio de internação de 10 dias, demonstrou que 28,73% dos pacientes apresentaram infecção durante a permanência na UTI, e o maior percentual de pacientes com IRAS foram aqueles em uso de ventilação mecânica (56,91%). Ainda, o tempo de internação esteve relacionado com o aparecimento das infecções hospitalares e o uso de ventilação mecânica aumentou as chances de infecção, não importando a faixa etária e tempo de internação (DE ALENCAR *et al.*, 2020).

Sob outra perspectiva, foi notado aumento na incidência de infecções hospitalares provocadas por fungos do gênero *Candida*, as quais correspondem a 80% das infecções fúngicas documentadas em hospitais terciários (BAPTISTA *et al.*, 2020). Essas infecções podem ter origem endógena, através da microbiota ou exógena, a partir de fontes externas, como mãos dos profissionais de saúde, sondas ou cateteres. Ademais, foi confirmado em 2009, no Japão, uma nova espécie de *Candida*, denominada *Candida auris*, a qual apresenta-se com elevada resistência a inúmeros fármacos trazendo preocupação ao mundo. Por conseguinte, em 2020, houve a confirmação da presença da nova espécie de *Candida auris* no Brasil, em um homem de 59 anos internado na UTI devido a complicações da Covid-19 (BORGES *et al.*, 2021).

Nesse viés, é fundamental a continuidade de estudos que visem medidas de redução das infecções hospitalares, visto que, a maior causa de morte nas unidades de terapia intensiva é a infecção generalizada e no Brasil a mortalidade chega a 65% dos casos, enquanto a média mundial está em torno de 30 a 40% (FUCHS 2021). Esses índices poderiam ser reduzidos com medidas de controle e higienização, como o ato de lavar as mãos, o qual é um método barato e eficiente, mas negligenciado. Assim sendo, vale ressaltar que a lavagem das mãos continua sendo o recurso mais eficaz e econômico para a diminuição das taxas de infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva, sendo necessária antes e após cada procedimento e contato com



pacientes, e a utilização de precaução padrão a todos os doentes hospitalizados para medidas de proteção e controle de disseminação de vários agentes multirresistentes (BOLICK *et al.*, 2000).

Por fim, as infecções na UTI são frequentes, e o mecanismo pelo qual elas se desenvolvem deve ser ressaltado para proporcionar ações e medidas de erradicação, dessa maneira, as estratégias educacionais são imprescindíveis para identificar ou não a adesão dos profissionais da saúde com relação ao desenvolvimento que engloba a prevenção e controle de infecções (DE ALENCAR *et al.*, 2020).

CONCLUSÕES

Compreende-se, portanto, que as infecções hospitalares são um potencial problema de saúde pública e estão diretamente vinculadas com pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva, sobretudo submetidos a procedimentos invasivos. Com isso, as infecções por microrganismos podem trazer diversos riscos para o quadro clínico do indivíduo hospitalizado, trazendo piora à sua situação.

Faz-se essencial, por fim, o desenvolvimento de medidas de identificação precoce e abordagem multidisciplinar dos fatores de risco associados, bem como do manejo clínico de pacientes em UTI's e a necessidade de manter o ambiente constantemente higienizado, para evitar desfechos desfavoráveis para o paciente. Dessa forma, será possível prevenir a piora no quadro clínico de admitidos em unidades de terapia intensiva, causadas por infecções hospitalares.

REFERÊNCIAS

- ARDISSON, L.; MIRANDA, M.; TEIXEIRA, C. Panorama epidemiológico das infecções relacionadas à assistência à saúde. **Cadernos Camilliani**, Espírito Santo, v. 16, ed. 4, 2019. Disponível em: <http://www.saocamilo-es.br/revista/index.php/cadernoscamilliani/article/view/354/194>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- BAPTISTA, K. C. C. *et al.* Infecções hospitalares por *candida sp.* em pacientes internados em UTI. **Revista Gestão & Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file35803e112dbeb206f24c0d03ad1b200b.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- BORGES, F. M.; NASCIMENTO, T. C. *Candida auris*: patógeno fúngico emergente é detectado no Brasil. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 47, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/download/33055/22151>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- BOLICK, D. **Segurança e Controle de Infecção**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-21929>. Acesso em: 02 ago. 2022.
- CALIXTO, Jamilli Braga *et al.* Perfil da infecção hospitalar em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar: Encontro das Ciências**, Ceará, v. 3, ed. 2, 29 ago. 2020. Disponível em: <https://riec.univs.edu.br/index.php/riec/article/view/142>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- COSTA, Milce *et al.* Principais micro-organismos responsáveis por infecções relacionadas à assistência em saúde (iras) em UTIS: uma revisão integrativa. Goiás,



2019. Disponível em:

<http://revistas.unievangelica.com.br/index.php/refacer/article/view/4480/3143>. Acesso em: 31 jul. 2022.

DA SILVA, E. P. *et al.* Identificação dos principais patógenos responsáveis por Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão Integrativa. **Research, Society and Developmen**, v. 11, ed. 6, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28991/25236>. Acesso em: 31 jul. 2022.

DE ALENCAR, D. L.; CONCEIÇÃO, A. S.; DA SILVA, R. F. A. Ocorrência de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva de um hospital público. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v.6, p.8857, 2020.

FUCHS, A. Sepsis: a maior causa de mortes na UTI. **Fundação Oswaldo Cruz, 2021**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/sepsis-maior-causa-de-mortes-na-uti>. Acesso em: 04 ago. 2022.

THOMAZ, G. *et al.* Bactérias de interesse em infecções humanas isoladas NO Hospital Regional Wallace Thadeu de Mello e Silva DE Ponta Grossa (HRPG). 210º CONEX. **Anais...** 2012. Disponível em <https://memoria.apps.uepg.br/conex/anais/trabalhos/24.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022



PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CURSO DE MEDICINA DA URI

SACON, Andressa Nicole
andressansacon@gmail.com

PEREIRA, Débora Alves
debora.ap@hotmail.com

SOARES, Julia Tolfo
juliatorfos@gmail.com

JUCHEM, Manoela Nicoletti
manoelanicolettijuchem@gmail.com

CAMERA, Fernanda Dal'Maso
fernandadalmasocamera@gmail.com
URI Erechim

INTRODUÇÃO

Segundo Lees *et al.* (2020), o período da adolescência é uma fase crítica do desenvolvimento marcada por mudanças comportamentais, cognitivas, físicas, sociais e emocionais. Logo, os jovens, neste período, tornam-se vulneráveis ao uso de drogas, sendo o álcool uma das primeiras drogas lícitas utilizadas por eles, o que os expõe a vários comportamentos de risco. De acordo com o documento *Álcool e outras Drogas* (2014) a abordagem ao uso do álcool na adolescência deve ser realizada de forma profilática ainda na pré-adolescência, pois sabe-se que o álcool, muitas vezes, é a porta de entrada para outras drogas. Nesse contexto, alunos do 3º semestre do Curso de Medicina da URI desenvolveram na disciplina de Promoção e Prevenção à Saúde I um projeto de Prevenção ao Uso de Álcool aos estudantes do Ensino Fundamental II (EFII) da Escola Básica da URI Erechim, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda Dal'Maso Camera do Curso de Fisioterapia. O objetivo desse projeto foi de orientar os estudantes do EFII em relação ao uso de álcool na adolescência e os efeitos na saúde humana. Esse projeto foi idealizado e coordenado pela Profa. Fernanda, em colaboração com Dr. João Paulo Becker Lotufo, médico, pediatra e coordenador do Ambulatório e Programa de Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas da Universidade de São Paulo (USP) e responsável pelo Projeto Dr. Bartô e Doutores da Saúde.

METODOLOGIA

A construção do projeto aconteceu a partir de uma atividade proposta na disciplina Promoção e Prevenção à Saúde I, do Curso de Medicina em março de 2022 onde durante o semestre muitas reuniões de organização e escrita do projeto foram realizadas. No dia 24 de junho os alunos da medicina ministraram uma palestra aos alunos do EFII no Anfiteatro do Pr.3 sobre o uso do álcool na adolescência e os efeitos na saúde humana e, após foram realizadas oficinas no Laboratório de Anatomia da URI. Ambas as atividades foram elaboradas e apresentadas pelos alunos do 3º semestre do curso de Medicina sob orientação da Profa. coordenadora do Programa PREVDROGAS da Escola Básica da URI. Participaram das atividades



estudantes do EFII da Escola Básica da URI, sendo que 80 eram dos 7º anos e 170 alunos do 8º e 9º anos, totalizando 250 estudantes.

Na palestra, os alunos do Curso de Medicina, abordaram os tipos de bebida de álcool mais consumidos por estudantes de EFII, as consequências do álcool na adolescência e na vida futura, a dependência do álcool e os fatores de risco. Após a palestra, os estudantes visitaram o laboratório de Anatomia onde puderam visualizar peças orgânicas normais ou saudáveis, em processo de conservação e peças sintéticas. Por último, todos os estudantes foram encaminhados às salas de aula e participaram de atividade avaliativa, orientada pelos alunos da medicina, onde os estudantes de cada ano realizaram uma atividade diferente, demonstrando o quanto aprenderam e compreenderam em relação as atividades propostas. Em relação à atividade de avaliação, os estudantes do 7º ano realizaram um desenho, as do 8º escreveram uma frase e os do 9º escreveram uma palavra. Todo esse trabalho foi colado em cartolinas que ficaram expostas no corredor da escola.

Os benefícios deste projeto estão baseados na relevância do tema, na aquisição de conhecimento dos estudantes do EFII sobre o álcool e seus efeitos, bem como na vivência dos mesmos e dos alunos do Curso de medicina da URI.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento bibliográfico baseou-se em dados relacionados à prevenção e consumo de álcool entre estudantes do EFII, identificando assim, o comportamento do adolescente, o uso de álcool entre eles e os efeitos do álcool na saúde. Esse levantamento teve como objetivo a elaboração, por estudantes do 3º período do curso de Medicina, de uma palestra e oficinas as quais foram realizada no laboratório de Anatomia da URI, onde todos os estudantes puderam verificar os órgãos comprometidos pelo uso contínuo do álcool e órgãos normais sem dano causado por este tipo de droga lícita. Aplicando na prática o que estudos epidemiológicos como os de D'orazio *et al.* (2013) indicam, a saber, o imperativo da elaboração de programas de prevenção primária e secundária contra o uso de drogas lícitas e ilícitas destinados aos jovens brasileiros. Assim como Cuijpers (2002), aponta que diversos estudos têm demonstrado que programas de prevenção têm forte potencial na redução do uso de álcool por adolescentes. Ainda nesse sentido, Ronzani e Silveira (2014), consideram o ambiente escolar como um espaço privilegiado para implantar esses programas de prevenção, pois os jovens permanecem parte expressiva de seu tempo na escola, que possui recursos materiais e, principalmente, humanos de modo a facilitar as intervenções.

Nesse contexto, em relação aos estudantes do EFII, observou-se que eles estavam atentos na apresentação da palestra e nas oficinas. Os mesmos mostraram-se curiosos e questionadores demonstrando que compreenderam que o álcool pode causar sérios danos à saúde das pessoas. Nas apresentações, os alunos do Curso de Medicina apresentaram os tipos de bebida de álcool que os jovens mais procuram e os problemas causados em diversos órgãos, bem como as doenças que podem ser causadas pelo uso contínuo. Foram realizadas explicações aos estudantes, a fim de despertar a curiosidade e mostrar, principalmente, os órgãos discutidos na palestra com as patologias que foram apresentadas. Todo esse modelo de projeto corrobora com a revisão sistemática de literatura realizada por Ronzani e Silveira (2014), que descreveram as principais características das estratégias das prevenções ao uso de drogas lícitas e ilícitas em ambientes escolares que funcionaram quando implantadas em seus países. Essas características incluem, a realização sendo em estudantes, tanto do Ensino Fundamental quanto do Ensino Médio, a implantação podendo ser



tanto por especialistas quanto por professores devidamente capacitados e a utilização de materiais de qualidade elevada destinados aos estudantes.

Ainda, em relação aos resultados, foi solicitado aos alunos que após a oficina, fosse registrado em um papel algo que pudesse mostrar o que realmente aprenderam. As turmas dos 7º anos realizaram desenhos, as dos 8º frases e 9º registraram na forma palavras. Após o recolhimento dos trabalhos, percebeu-se que eles realmente compreenderam e absorveram o conhecimento pois, muitas dessas informações foram faladas durante a oficina. Todo esse formato de intervenção vem de encontro com Cuijpers (2002) que destaca a adoção de métodos interativos que proporcionam oportunidade de contato e comunicação entre os participantes, permitindo a troca de ideias, a valorização de experiências e aprendizagens de habilidades que inibem o uso de drogas como uma boa estratégia de prevenção.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que as atividades propostas pelos alunos do Curso de Medicina sobre o uso do álcool e os efeitos na saúde humana foram eficazes na aquisição de conhecimento aos estudantes do EFII da Escola Básica da URI. Além disso, os estudantes puderam compreender que o uso do álcool na adolescência pode trazer diversos problemas de saúde a seus usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas Drogas: **cartilha para educadores**/Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2014.

CUIJPERS, P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. **Addictive Behaviors**, v.6, 1009-1023. 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460302002952?via%3Di> hub. Acesso em: 11 ago. 2022.

D'ORAZIO, W. Pereira Silva *et al.* Uso de drogas e desempenho escolar entre jovens e adolescentes no ensino médio de uma escola pública de Pires do Rio -GO. **Holos**, v.5, 305-314. 2013. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/1479>. Acesso em: 11 ago. 2022.

LEES, Briana *et al.* Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. **Pharmacol Biochem Behav.**, p. 1-27, 1 maio 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7183385/pdf/nihms-1578284.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2022.

RONZANI, Telmo Mota., Silveira, Pollyanna Santos. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**. 1 ed. Juiz de Fora: UFJF, 2014.



RELAÇÃO ENTRE DERMATITE ATÓPICA E ALERGIAS

PAGLIOSA, Laura Corradi

lauracp2000@hotmail.com

COMIN, Gabriela

gabicommin@hotmail.com

ROSSATTO, Martina Picolo

martina-picolo@hotmail.com

PERONDI, Poliana Zago

polianazperondi@gmail.com

SPONCHIADO, Victória

viicsponchiado@gmail.com

ASSONI, Ariane Sponchiado

arianeassoni@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Dermatite atópica (DA) compõem a tríade atópica – dermatite atópica, asma e rinite alérgica – e, é caracterizada por inflamações cutâneas com predisposição hereditária do sistema imunológico a acarretar hipersensibilidade mediada pela IgE, a fim de responder a antígenos comuns na alimentação e no meio externo. Assim, trata-se de uma doença multifatorial, com enfoque nas alterações sistêmicas e alérgicas ou nas manifestações cutâneas, é de extrema relevância diferenciá-las, pois com base na etiologia e no diagnóstico, a conduta terapêutica e o prognóstico são variantes. De tal modo, esta produção tem como objetivo destacar e diferenciar tópicos essenciais supracitados, além de correlacionar a DA com as alergias, exclusivamente contribuindo para o conhecimento acadêmico de tal.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica com características exploratórias e descritivas, acerca dos aspectos relacionados à dermatite atópica e sua relação com alergias em geral. Para realizar a pesquisa, foram realizadas buscas nas bases de dados do PEBMED, SciELO, Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia (ASBAI) e o Jornal de Alergias e Imunologia Clínica. Para a pesquisa, foram utilizadas palavras-chaves, tais como: dermatite atópica, atopia e alergia. A partir das análises, se construiu um resumo expandido com linguagem clara e objetiva a respeito do assunto já comentado acima.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Dermatite Atópica (DA) é uma doença de pele crônica, predominante na infância e caracterizada por surtos eczematosos inflamatórios e pruriginosos. Segundo Bergmann *et al.* (2013), a atopia refere-se à presença subjacente de IgE total elevada e sensibilização frequente a aeroalérgenos ou alérgenos alimentares, situando a dermatite atópica como uma das manifestações das doenças da tríade atópica (dermatite atópica, asma e rinite alérgica).

A DA é resultado de uma alteração da barreira da pele, havendo xerodermia, com anormalidades do estrato córneo e aumento da perda transepidérmica de água,



e de uma alteração imune que desencadeia uma resposta inflamatória a irritantes e alérgenos ambientais (GUILLEN, *et al.*, 2021). Sua patogênese é baseada na interação de fatores predisponentes (como fatores ambientais, genéticos, disfunção na barreira cutânea, disbiose microbiana e desregulação imunológica) e fatores precipitantes.

Alguns estudos demonstram que fatores ambientais podem piorar ou melhorar o quadro de dermatite atópica. Os fatores de melhora são aumento da temperatura, exposição à radiação ultravioleta e regiões com índice pluviométrico elevado. Já os fatores de piora estão relacionados à exposição materna e da criança à fumaça do tabaco e exposição a agentes que causam prurido, como sabões e detergentes (ANTUNES, *et al.*, 2017).

A DA é uma das doenças atópicas que fazem parte do quadro da “marcha atópica”, a qual se refere à história natural das doenças alérgicas. Geralmente a criança desenvolve a DA nos primeiros meses de vida, que pode ser acompanhada pela sensibilização às proteínas do leite de vaca, ovo ou amendoim, ocasionando quadros de vômitos, diarreia ou anafilaxia relacionados à ingestão destes alimentos, por volta dos 6-12 meses. Esse quadro pode progredir para uma sensibilização aos aeroalérgenos – ácaros, epitélio de animais-, a criança ainda pode manifestar episódios de sibilância antes dos dois anos de idade, associados ou não às infecções virais de via aérea superior. Alguns estudos epidemiológicos demonstraram que, em geral, a DA precede a asma e a rinite, e a prevalência de alergias respiratórias é maior em pacientes que tiveram DA, chegando a 45% (ANTUNES *et al.*, 2017).

O diagnóstico de DA é essencialmente clínico, sendo baseado nas características morfológicas e na distribuição das lesões cutâneas, na presença de sinais clínicos associados e em uma história médica característica. Quando se relaciona a DA a alergia alimentar e respiratória, é necessário que haja a combinação da avaliação clínica com a investigação laboratorial, pois esta fornece subsídios à identificação dos agentes provocadores de DA. O teste cutâneo de leitura imediata pela técnica de puntura (prick test) com aeroalérgenos e alérgenos alimentares são normalmente utilizados como testes de primeira linha na detecção de IgE específica para determinar o envolvimento destes agentes no desencadeamento do sintoma. (ANTUNES *et al.*, 2017).

Em pacientes com DA, quando associada à alergia respiratória é comum encontrarmos a sensibilização a aeroalérgenos (ácaros da poeira domiciliar, epitélio e descamações de animais, baratas, fungos, e mais raramente polens). Outro método utilizado é o teste de contato para atopia (APT - atopy patch test), sendo útil para detectar sensibilização relevante na ausência de IgE específica. A resposta positiva ao APT representa a expressão de reação imunológica mediada por linfócitos T ou uma reação de fase tardia mediada por IgE. Podem ser utilizados alérgenos de ácaros, de animais, de fungos, de pólen, e de alimentos. (ANTUNES *et al.*, 2017).

A base do tratamento da DA é o cuidado intensivo e diário da pele com uso de hidratantes corporais, o que contribui para a diminuir as crises agudas e melhorar o ressecamento e o prurido. A aplicação deve ser feita no mínimo duas vezes ao dia e sempre, sem exceção, após o banho. A escolha do hidratante deve ser individualizada, mas os desenvolvidos especificamente para a dermatite atópica são os mais indicados, pois contêm substâncias com ação emoliente, princípios ativos e componentes que se encontram diminuídos na pele da criança com dermatite atópica, como ceramidas, glicerina, ácidos graxos e ésteres de colesterol. Além disso, é importante que os banhos sejam rápidos, entre 5 a 10 minutos, com água morna e sabonete adequado.



Em relação ao tratamento medicamentoso, quando ocorre eczema, o uso de terapias imunossupressoras tópicas é recomendado como primeira abordagem, já que são agentes anti-inflamatórios e controlam os principais sintomas da dermatite atópica. Para a forma grave, vários imunossupressores sistêmicos convencionais, como glicocorticóides e ciclosporina, têm sido usados. Também, podem ser utilizados em casos de prurido intenso anti-histamínicos orais, especialmente os de primeira geração, pois apresentam efeito sedativo e podem melhorar a qualidade do sono do paciente, quando este está prejudicado.

CONCLUSÃO

Com base nos descritos acima, é possível analisar que a Dermatite Atópica se manifesta por episódios eczematosos inflamatórios e pruriginosos, sendo caracterizada como uma das manifestações da tríade atópica (dermatite atópica, asma e rinite alérgica). A patogênese da DA é fundamentada em fatores predisponentes, dentre eles os fatores ambientais e genéticos, bem como fatores precipitantes, sendo seu desenvolvimento comum nos primeiros meses de vida da criança e frequentemente associada a sensibilização às proteínas de alimentos, podendo evoluir para quadros de alergias respiratórias. O diagnóstico da doença é clínico com base na avaliação das lesões cutâneas e deve estar associado a exames laboratoriais em casos alérgicos. Sendo assim, é de suma importância um tratamento diário com hidratantes corporais e a associação de imunossupressores sistêmicos convencionais para a forma grave da doença.

REFERÊNCIAS

LEITE, R. M. S.; LEITE, A. A. C.; COSTA, I. M. C. Dermatite atópica: uma doença cutânea ou uma doença sistêmica? A procura de respostas na história da dermatologia. **Anais Brasileiros de Dermatologia** [online]. 2007, v. 82, n. 1, pp. 71-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962007000100010>. Acesso em: 8 ago. 2022.

BERGMANN, M. M. *et al.* "Evaluation of Food Allergy in Patients with Atopic Dermatitis". **The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice**, v. 1, n. 1, p. 22–28, jan., 2013.

ANTUNES, A. A. *et al.* "Guia Prático de Atualização Em Dermatite Atópica - Parte I: Etiopatogenia, Clínica e Diagnóstico. Posicionamento Conjunto Da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Da Sociedade Brasileira de Pediatria". **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, v. 1, nº 2, 2017.

GUILLEN, J. S. Q. *et al.* "Abordagens no tratamento da dermatite atópica". **BWS Journal**, v. 4, jun. de 2021, p. 1–18. Disponível em: <https://bwsjournal.emnuvens.com.br/bwsj/article/view/224>.

BLANCO, P. **Alergia Dermatite Atópica**. 2021. Disponível em: <https://drapilarblanco.com.br/alergia/dermatite-atopica/>. Acesso em: 11 ago. 2018.



RELATO DE CASO: VARICELA-ZÓSTER NÃO COMPLICADA EM PACIENTE PEDIÁTRICO

PECINI, Giliane
gilianepecini@gmail.com

DALBEM, Juliane Sauter.
jsdalbem@hotmail.com
URI Erechim

INTRODUÇÃO

A varicela é uma doença frequente da infância, que afeta predominantemente crianças maiores de 6 meses e menores de 10 anos de idade, com sazonalidade entre o final do inverno e início da primavera. Em geral, é um exantema de etiologia viral, infeccioso e autolimitado. Porém, seus agravos, que podem ser decorrentes do próprio vírus Varicela-Zóster (VVZ) ou de infecções bacterianas secundárias, se tornam a principal preocupação, podendo ter complicações como celulite periorbitária, impetigo, abscesso, fasciíte necrotizante, pneumonia, choque tóxico e sepse (GIACOMINI *et al.*, 2019).

Muito contagiosa e de relevância mundial, o primeiro contato com o VVZ (primoinfecção) manifesta-se por lesões cutâneas e mucosas, associadas a sinais e sintomas sistêmicos (PINTO *et al.*, 2020). Em consonância com Giacomini e colaboradores (2019), clinicamente, a varicela se comporta com o aparecimento de lesões cutâneas polimorfas: um exantema maculo-papulo-vesicular que evolui para crosta, observado sobretudo no couro cabeludo, face e tronco, acompanhado de prurido e podendo estar associado a hipertermia, astenia, anorexia e cefaleia.

No Brasil, apenas os casos graves e os óbitos por varicela são realmente contabilizados, em virtude da notificação compulsória (PINTO *et al.*, 2020). Portanto, o objetivo deste estudo foi relatar um caso característico de Varicela-Zóster não complicada, tratada ambulatorialmente, acometendo criança em idade escolar, a qual teve contato com familiar portador de Herpes-Zóster Oftálmica. Os dados deste evento foram provenientes de uma entrevista, à domicílio, cuja história foi narrada pela mãe. Comumente chamada de catapora, esta casuística traz à tona uma doença da infância, com a finalidade de advertir quanto ao diagnóstico e tratamento precoces para evitar complicações graves da doença.

METODOLOGIA

Este estudo é norteado por um Relato de Caso sobre o desenvolvimento de Varicela-Zóster não complicada em paciente pediátrico. Ele foi sustentado por revisão literária, com a seleção de artigos publicados nos últimos cinco anos, encontrados nas bases de dados PubMed e Google Acadêmico, bem como em visita ao site da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), por meio das palavras-chave “varicela”, “varicela-zóster” e “pediatria”. As imagens são exibidas sob autorização, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e a resenha será apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Erechim/RS.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Criança, 10 anos e 4 meses, sexo masculino, branca, há 6 meses apresentou lesões vesicocrostosas (Figura 1) com prurido intenso, as quais iniciaram na face (Figura 2) e subsequentemente se espalharam por toda a extensão corpórea (Figura 3). Segundo o relato da mãe, inicialmente parecia uma picada de mosquito, mas, devido à evolução do quadro com lesões corporais difusas, febre de 38,5° C, estímulo ao ato de coçar cada vez mais intenso e a prostração da criança, procurou auxílio do Pediatra da Unidade Básica de Saúde (UBS) a que pertenciam. O médico confirmou o diagnóstico, receitando tratamento sintomático em tempo oportuno – Cloridrato de Hidroxizina e Dipirona –, afastando possíveis complicações. Desde o primeiro dia de tratamento, o prurido diminuiu significativamente, sendo eliminado a partir do segundo; as lesões atenuaram, até desaparecerem por completo, deixando cicatriz sutil em alguns locais, como na face. Em consulta ao Registro de Vacinas na Caderneta da Criança, constata-se que ela não tinha sido imunizada contra a varicela.

Figura 1. Lesões polimorfos.



Figura 2. Crosta na face.



Figura 3. Lesões difusas.



A catapora é uma doença de manifestações epiteliais, com duração em torno de sete dias, e alto potencial de contágio, causada pelo herpesvírus humano da família *Herpesviridae*, adquirida pelo contato direto com lesões ou gotículas respiratórias de pessoas infectadas, cuja incubação se dá entre 10 a 21 dias (GIACOMINI *et al.*, 2019). Em especial, o paciente deste caso teve contato com indivíduo da família com Herpes-Zóster em atividade, duas semanas antes, corroborando com a literatura. Dito neurotrópico (que tem afinidade pelo sistema nervoso), o vírus também tem predileção pelas células epiteliais e de defesa (linfócitos T). Kennedy e Mogensen (2021) cimentam que ele causa varicela em crianças não vacinadas, e depois permanece oculto nos neurônios dos gânglios periféricos da raiz dorsal e nervos cranianos.

O VVZ é um DNA vírus disseminado no mundo inteiro. Assim, tornou-se protagonista de duas doenças: a infecção primária chamada de Varicela-Zóster, e o Herpes-Zóster, quando da reativação do vírus latente (KENNEDY; MOGENSEN, 2021). Pinto e autores (2020) esclarecem que, no início, há a formação de máculas eritematosas e pruriginosas na pele; depois se transformam em pápulas, evoluindo para vesículas. Posteriormente, se convertem em pústulas com umbilicação central e terminam em crostas, caracterizando o polimorfismo regional. As lesões iniciam no couro cabeludo, face e tronco, possuem progressão centrífuga (crânio-caudal) e distribuição centrípeta (meio do corpo) (COLI, 2020). Ainda, Vitale e Amodio (2020)



afirmam que sintomas sistêmicos inespecíficos, como febre e mal-estar, acompanham o quadro. Isto posto, o diagnóstico torna-se essencialmente clínico, confirmado com a cultura do patógeno, cujo tratamento é sintomático (PINTO *et al.*, 2020).

Ribeiro *et al.* (2020) atestam cura espontânea da doença. Contudo, apesar de benigna, existem riscos inerentes à disseminação viral. A fragilidade da barreira cutânea permite a proliferação de bactérias piogênicas (*Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*), culminando em infecções secundárias, causa dominante de hospitalização. Ao passo que compromete articulações, ossos, pulmões e, em particular, o sistema nervoso central (SNC) – segunda causa de internação –, o quadro fica mais severo. Dentre os agravos, encontram-se sepse, pneumonia, miocardite, nefrite, artrite, hepatite, lesões oftalmológicas e síndrome de Reye, podendo ser fatais em menores de um ano, desnutridos ou imunocomprometidos, atingindo, anualmente, 4 mil mortes no mundo (PINTO *et al.*, 2020). Dados do Sistema Único de Saúde (SUS), de 2003 a 2013, acusam quase 2 mil mortes por varicela (RIBEIRO *et al.*, 2020).

No Brasil, a vacina contra a varicela foi implantada em setembro de 2013, induzindo imunidade por meio da inserção do vírus atenuado no organismo, com eficácia em torno de 90% (RIBEIRO *et al.*, 2020). Estudo retrospectivo conduzido por Pinto e autores (2020) constatou redução de quase 50% nas internações, comparando-se os períodos pré e pós-vacinal. De acordo com o Calendário de Vacinação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2022), a imunização conta com a vacina tetraviral, que evita varicela, bem como sarampo, caxumba e rubéola (SCRV), com a primeira dose aos 15 meses de vida, e a da varicela (V), com dose de reforço aos 4 anos. O Programa Nacional de Imunização (PNI) defende que “a vacina varicela pode ser indicada na profilaxia pós-exposição dentro de cinco dias após o contato” e, adolescentes não vacinados devem ser imunizados, respeitando as diretrizes da SBP.

CONCLUSÕES

Aqui foi apresentada uma história clínica de progressão comum da primoinfecção pelo herpesvírus humano. Entretanto, os quadros infecciosos malconduzidos podem evoluir para complicações que eventualmente convergem no óbito infantil. Por isso, ressalta-se a importância de o Pediatra conhecer o curso da doença em específico, dado que o saber médico, aliado a uma boa anamnese e exame físico adequado, antecipa o diagnóstico e conduz à terapêutica preconizada. Sem embargo, a atuação na prevenção da doença é o principal meio de controlá-la e, nesse contexto, a vacinação diminuiu drasticamente a epidemiologia da varicela. Logo, também cabe aos Pediatras, junto da equipe multiprofissional, orientar sobre o controle das doenças evitáveis por meio da imunização, observando-se as diretrizes brasileiras e fazendo jus à referência mundial em políticas públicas de saúde alcançadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

O presente Relato de Caso será apresentado sob a forma de Comunicação Oral (pôster) no Salão Científico correspondente à V Jornada Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Erechim, além de ser publicado nos Anais do Evento, a serem disponibilizados na página do curso (Nossas Publicações).

REFERÊNCIAS

COLI, C. Doenças exantemáticas na pediatria: você sabe diferenciar? **Jaleko Artmed**. Disponível em: <https://bit.ly/3pdDaHk>. Acesso em: 13 ago. 2022.



GIACOMINI, R. L. *et al.* Varicela complicada por celulite periorbitária em paciente pediátrico. **Revista Científica Fagoc Saúde**. Ubá, v. 4, n. 2, jul-dez. 2019. ISSN: 2525-5045

KENNEDY, P. G.E.; MOGENSEN, T. H. Varicella-Zoster Virus Infection of Neurons Derived from Neural Stem Cells. **Viruses**, v. 13, n. 3. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/v13030485>

PINTO, I. C. T. *et al.* Avaliação do número de casos e do perfil de internações por varicela em hospital pediátrico após a introdução da vacina. **Revista Paulista de Pediatria**. Belo Horizonte, n. 39. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019215>

RIBEIRO, M. Z. *et al.* Impact of the tetra viral vaccine introduction on varicella morbidity and mortality in the Brazilian macro regions. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 96, n. 6. 2020. p. 702-709.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Calendário de Vacinação da SBP**. Atualização 2022. Departamento de Imunizações e Departamento de Infectologia. Porto Alegre, n. 9, jul. 2022.

VITALE, F.; AMODIO, E. Avaliação da eficácia da vacina contra varicela como ferramenta de saúde pública para aumentar as evidências científicas e melhorar os programas de vacinação. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 96, n. 6. 2020. p. 670-672.



RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: UMA REVISÃO NARRATIVA

SOUZA, Bianca Testolin de
bianca_souza_bi@hotmail.com

ARCEGO, Júlia Zin
julia.arcego@gmail.com

DAL PRÁ, Lucas Maciel
lucasdalpra57@gmail.com

SEMINOTTI, Jaquieli
jaquiseminotti@gmail.com
URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) caracteriza-se como uma doença autoimune decorrente da destruição das células beta pancreáticas que ocasiona a deficiência da produção de insulina, condição mais frequente na infância e na adolescência. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, estima-se que o Brasil ocupe o terceiro lugar em prevalência de DM1 no Mundo. O DM1 pode desencadear problemas como dislipidemia, doenças vasculares e também eventos cardíacos. Nesse sentido, o presente trabalho objetiva destacar a importância não só do controle glicêmico, como também o controle do perfil lipídico em pacientes com DM1, para que seja possível alcançar um desfecho favorável e com maior qualidade e estimativa de vida para pacientes com diabetes mellitus tipo 1.

2 METODOLOGIA

Para a revisão bibliográfica, foram utilizadas as plataformas indexadas de busca: Scielo, PubMed e Google Acadêmico. As palavras-chave utilizadas foram: "diabetes mellitus tipo 1"; "risco cardiovascular". Foram incluídos estudos de maior relevância científica, entre os anos de 2008 até 2021. Ademais, atualizações da plataforma UpToDate também foram utilizadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Matheus, Cobas & Gomes (2008), pacientes diabéticos tipo 1 possuem risco aumentado significativo em desenvolver aterosclerose, o que, conseqüentemente, leva a um aumento do risco cardiovascular, incluindo eventos trombóticos, coronarianos e cerebrovasculares. Em geral, os pacientes com DM1 não apresentam perfil lipídico tão desfavorável para o desenvolvimento de uma doença vascular por si só, porém, as alterações vasculares encontradas nesses pacientes se devem aos estados hiperglicêmicos preponderantes no DM1.

O sistema endócrino dos pacientes com DM1 possui dificuldade em transportar a glicose para dentro da célula pela falta de insulina circulante no sangue. Dessa forma, elevações prolongadas da glicemia podem levar à glicosilação de proteínas no sangue e na parede arterial, gerando os produtos finais de glicação (AGE), o que determina aumento da concentração de espécies reativas de oxigênio e piora da função endotelial.



Associado a este processo, O DM1 também pode ocasionar alterações qualitativas na composição das lipoproteínas (proteínas transportadoras do colesterol), uma vez que a hiperglicemia crônica ocasiona maior efeito de oxidação e de glicação das partículas de lipoproteínas de baixa densidade (LDL), dessa forma ocorre o acúmulo de partículas que são mais densas nos vasos sanguíneos. Esse evento afeta o tônus microvascular por acúmulo de moléculas e redução de diâmetro das artérias, fator que contribui para a formação de aterosclerose. Ademais, a proteína C reativa também está associada aos problemas de micro e macrovasculatura, já que está envolvida na cascata de eventos de disfunção endotelial. Os níveis elevados desses fatores no sangue do paciente com DM1 podem causar consequências graves, como a retinopatia e a nefropatia diabética. Nesse sentido, é importante ressaltar que as complicações micro e macrovasculares do DM1 estão associadas não somente ao descontrole glicêmico, mas também ao descontrole do perfil lipídico. Portanto, deve-se fazer um rígido controle com terapia adequada para ambos os fatores. (MATHEUS; COBAS; GOMES, 2008).

E secundário a este mesmo processo fisiopatológico encontra-se a íntima relação do DM1 com as doenças arteriais periféricas. Essa patogenia multifatorial, faz com que a homeostase vascular seja alterada, uma vez que o endotélio lesado gera mais fatores protrombóticos do que anticoagulantes. É conhecido que as glicoproteínas Ib e IIb/IIIa em pacientes com DM1 interagem com o fator de von Willebrand e a fibrina para desencadear a trombogênese (BERGER; NEWMAN, 2022).

A metanálise de Cai *et al.* (2020) analisou 10 estudos observacionais que compreendem 166.027 pacientes, concluindo que o DM1 está associado a um risco relativo aumentado para o desenvolvimento de diversas doenças cardiovasculares, principalmente doença arterial coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM) e falência cardíaca, dentre outras. Contudo, os autores reforçam o fato de que os mecanismos fisiopatológicos não são completamente compreendidos. Chowdhury *et al.* (2021) concluiu, em outra metanálise, que o DM1 está mais associado à doenças cardiovasculares e mortalidade quando comparado ao diabetes mellitus tipo 2, inclusive por haver maior relação com o desenvolvimento de neuropatia cardíaca autonômica.

4 CONCLUSÕES

Tendo em vista o risco aumentado e o grande impacto sobre a morbimortalidade cardiovascular nos pacientes com DM1, é de suma importância o acompanhamento multidisciplinar adequado dos diversos aspectos da vida cotidiana destes indivíduos, instituindo métodos de prevenção primária e secundária que visem mitigar os riscos nesta população, proporcionando melhor controle das doenças associadas e melhor qualidade de vida.

5 REFERÊNCIAS

BERGER, Jeffrey S.; NEWMAN, Jonathan D. Overview of peripheral artery disease in patients with diabetes mellitus. **UpToDate**, 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-peripheral-artery-disease-in-patients-with-diabetes-mellitus?search=risco%20cardiovascular%20em%20pacientes%20com%20DM&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H288548304. Acesso em: 09 ago. 2022.



CAI, X. *et al.* Meta-analysis of type 1 diabetes mellitus and risk of cardiovascular disease. **Journal Of Diabetes And Its Complications**, [S.L.], v. 35, n. 4, p. 1-7, abr. 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056872720306346?via%3Dihub>. Acesso em: 09 ago. 2022.

CHOWDHURY, M. *et al.* Cardiac autonomic neuropathy and risk of cardiovascular disease and mortality in type 1 and type 2 diabetes: a meta-analysis. **BMJ Open Diabetes Research & Care**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 1-8, dez. 2021. BMJ.. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34969689/>. Acesso em: 09 ago. 2022.

DUNLAY, S. M.; NESTO, R. W. Heart failure in patients with diabetes mellitus: epidemiology, pathophysiology, and management. **UpToDate**, 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/heart-failure-in-patients-with-diabetes-mellitus-epidemiology-pathophysiology-and-management?search=risco%20cardiovascular%20em%20pacientes%20com%20DM&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4. Acesso em: 09 ago. 2022.

MATHEUS, A. S. M.; COBAS, R. A.; GOMES, M. B. Dislipidemias no diabetes melito tipo 1: abordagem atual. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [S.L.], v. 52, n. 2, p. 334-339, mar. 2008. FapUNIFESP. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/Qzdm5STCwsdzXSr5jh9wsJb/#:~:text=O%20impacto%20da%20dislipidemia%20no,%25%20a%20100%25%20dos%20pacientes..> Acesso em: 09 ago. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020**. [S.L.]: Clannad, 2019. 491 p. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2022.



SÍNDROME DA APNEIA-HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

BIESDORF, Anna Laura Carniel
annabiesdorf@hotmail.com

GRITTI, Leandro Antônio
gritti@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

O sono é uma necessidade básica para o bom funcionamento do corpo humano. Entretanto, existem condições que alteram a sua qualidade e apresentam impacto negativo na saúde do paciente. A Síndrome da Apneia-Hipopneia do Sono (SAHOS), é caracterizada como um distúrbio do sono relacionado a obstrução cíclica da Via Aérea Superior (VAS), sendo seu sintoma mais evidente, o roncar no sono.

Nos últimos anos, houve um aumento expressivo dos quadros de SAHOS decorrente da maior prevalência dos seus fatores de risco, como a obesidade, etilismo, tabagismo e distúrbios hormonais (DUARTE *et al.*, 2022). Dessa forma, com um maior número de casos e situações predisponentes, entende-se que a realização do presente resumo contribui para a disseminação de conhecimento acerca da SAHOS, suas implicações na qualidade de vida dos pacientes e a importância da realização de medidas terapêuticas.

METODOLOGIA

O presente resumo traz uma revisão bibliográfica, utilizando como instrumento de busca as principais bases de dados disponíveis até o momento, tais como PubMed, Scielo e Google Acadêmico. A literatura selecionada permite ampliar o conhecimento acerca da SAHOS e os benefícios do seu tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SAHOS apresenta-se em fenótipos causais que envolvem o colapso da VAS e provocam a apneia/hipopneia transitória durante o sono. Entre eles, pode ser ocasionada por um controle ventilatório instável, por resposta compensatória inadequada dos músculos dilatadores ou por diminuição do limiar dos despertares. Os episódios de apneia causam aumento do esforço respiratório e mudanças na ventilação, resultando em flutuações nos níveis de PaO₂ e PaCO₂ e instabilidade dos centros de controle respiratório, perpetuando um padrão respiratório cíclico de apneias. Além disso, o colapso da via aérea superior gera retenção de CO₂ e implica em erros na síntese e atividade de diversos neurotransmissores e quimiorreceptores responsáveis pelo controle ventilatório, de forma que o portador de SAHOS torna-se menos responsivo aos estímulos do centro respiratório (Martins *et al.*, 2007).

Em relação aos preditores, a obesidade apresenta-se como a principal causa de estreitamento da coluna de passagem aérea, estando relacionada a deposição de tecido adiposo na região cervical, o que reduz a passagem de ar e provoca colapso das VAS e redução do volume pulmonar. A SAHOS é mais comum em homens do que em mulheres, aproximando-se entre esses dois grupos após os 60 anos de idade.



Como justificativa para tal, a VAS dos homens é mais colapsável anatomicamente e há evidências de que a progesterona tem efeito protetor pelo estímulo dos músculos das VAS e da ventilação. Outro forte preditor de prevalência é a idade acima dos 50 anos, estando associada a deposição de gordura ao redor da faringe, perda de elasticidade tecidual, alongamento do palato mole e diminuição da resposta dos quimiorreceptores respiratórios (DUARTE *et al.*, 2022).

Dentre o quadro clínico, o sintoma mais evidente da SAHOS é o roncar no sono, acompanhado da observação de apneias, sendo esses geralmente relatados pelo parceiro. Durante a vigília, a principal queixa do paciente é a sonolência diurna excessiva (SDE) a qual pode implicar em comprometimento cognitivo e redução dos reflexos, além e repercutir nos mais variados âmbitos sociais da vida do paciente.

O diagnóstico e avaliação da SAHOS no adulto requer a presença de critérios clínicos relacionados, como SED, pausas respiratórias durante o sono e ronco alto. Além disso, é preconizada a realização da Polissonografia (PSG) de noite inteira, a qual evidencia o número de apneias e hipopneias obstrutivas, possibilitando a estratificação da severidade dos distúrbios do sono. O quadro sindrômico é considerado leve quando o IAH é maior ou igual a 5 e menor ou igual a 15 eventos por hora de sono. Nos casos moderados, o IAH apresenta-se maior que 15 e menor ou igual a 30 eventos por hora de sono, e em casos graves, um IAH de mais de 30 eventos por hora de sono (HADDAD, 2013).

O tratamento do paciente com SAHOS abrange medidas comportamentais, como evitar o uso de bebidas alcoólicas e sedativos, tabagismo e privação de sono, além da perda de peso e realização de exercício físico. Ainda, é preconizado o uso de um dispositivo móvel, acoplado ao rosto com uma máscara durante o sono, que age fornecendo uma pressão positiva contínua (CPAP) nas VAS. O CPAP é o tratamento de escolha nos casos graves. Esse é utilizado com a intenção de reduzir os eventos respiratórios anormais. (HADDAD, 2013.)

CONCLUSÕES

O sono insuficiente é um grave problema de saúde pública. A SAHOS, é uma causa de distúrbios do sono cada vez mais frequente. Além de trazer prejuízos em decorrência da SED, está associada também a maior predisposição para distúrbios metabólicos, doenças cardiovasculares, depressão e declínio cognitivo (DUARTE *et al.*, 2022). Com isso, mostra-se imprescindível a discussão acerca do tema e seus impactos na sociedade, de forma que haja a conscientização da importância do diagnóstico e da terapêutica, e ainda, atentar para a prevenção dos fatores de risco para a SAHOS.

REFERÊNCIAS

DUARTE, R. L. M. *et al.*; Consenso em Distúrbios Respiratórios do Sono da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **J Bras Pneumol.**, v.48, n.4, p.e20220106, 2022.

HADDAD, F.; BITTENCOURT, L. **Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono no Adulto** - São Paulo: Estação Brasil, 2013.

KNORST, M. M.; SOUZA, F. J. F. B.; MARTINEZ, D. Síndrome das apnéias-hipopnéias obstrutivas do sono: associação com gênero e obesidade e fatores relacionados à sonolência. **J Bras Pneumol.**, v.34, n.7, p.490-496, 2008.



MARTINS, A. B.; TUFIK, S.; MOURA, S. M. G. P. Síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono. Fisiopatologia. **J Bras Pneumol.**, v.33, n.1, p.93-100, 2007.



SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS E INFERTILIDADE: UMA REVISÃO LITERÁRIA

NEGRÃO, Lethicia Frez
lethiciafrez098@gmail.com

ZEPKA, Mariah Maestri
zepkamariah@gmail.com

DALLA COSTA, Gabriela Elis
gabrielaelisdallacosta@hotmail.com

SCHNEIDER, Marina Oppermann
marinaopperman2528@gmail.com

SOARES, Julia Tolfo
juliatolfos@gmail.com

BIGOLIN, Sérgio
bigolinsb@gmail.com
URI Erechim

INTRODUÇÃO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP), que é uma desordem hormonal que acomete os ovários, representa a principal endocrinopatia ginecológica na idade reprodutiva, com incidência de 6 a 10% das mulheres no menacme (SANTANA, *et al.*, 2008).

A função ovariana é sem dúvida o principal atuante no sistema reprodutivo feminino, e qualquer quadro de desregulação em um de seus componentes afetará de forma relevante a fertilidade da mulher.

Nesse sentido, levando em consideração que a síndrome dos ovários policísticos é considerada a causa mais comum de infertilidade por anovulação, podendo, em alguns países, como nos Estados Unidos, representar a principal causa de infertilidade feminina, deve-se considerar a importância do estudo dessa temática. (SANTANA, *et al.*, 2008)

Assim, justifica-se o estudo dessa problemática de forma clara e utilizando revisão da literatura. Por ser uma situação que afeta de forma significativa a vida da mulher, considerando os malefícios psicológicos que a infertilidade pode acarretar, além de poder fragilizar a relação do casal e a autoestima da mulher. Outrossim, a mulher que é infértil pela Síndrome do Ovário Policístico, está exposta a riscos da mesma ou de maior gravidade para sua própria saúde como o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, hiperlipidemias, hiperglicemia e neoplasias (SANTANA *et al.*, 2008; MOREIRA *et al.*, 2010).

METODOLOGIA

Esse resumo expandido consiste em uma revisão bibliográfica, de forma descritiva, sobre a relação entre síndrome dos ovários policísticos e infertilidade. Para a realização deste trabalho foram utilizados artigos publicados na base de dados do Scielo, Brazilian Journal of Development e PebMed, em língua portuguesa. Foram



selecionados artigos publicados no período de 2008 a 2021, sendo utilizadas as seguintes palavras-chaves: SOP e infertilidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Síndrome do Ovário Policístico (SOP) é uma desordem ovulatória comum entre as mulheres, que consiste em um distúrbio endócrino e genital heterogêneo com um amplo espectro clínico. A fisiopatologia da SOP ainda não é completamente conhecida. Acredita-se que esta seja proveniente de uma desordem multigênica complexa, incluindo anormalidades no eixo hipotálamo-hipofisário e esteroidogênese. Vários fatores têm sido implicados em sua etiopatogenia, havendo componentes genéticos envolvidos, fatores metabólicos pré e pós-natais, distúrbios endócrinos hereditários e fatores ambientais (RODRIGUES, 2021).

Observamos uma hipersensibilidade do hormônio luteinizante hipofisário (LH) ao hormônio liberador de gonadotrofina hipotalâmico. Conseqüentemente, o LH elevado estimula as células da teca ovariana a aumentar os andrógenos circulantes. Ocorrem ainda elevações na insulina (também sem uma clara explicação do porquê) que atuam sinergicamente com o LH aumentando os andrógenos ovarianos e assim inibindo a ovulação. A taxa de infertilidade em mulheres com SOP pode chegar a valores até 80%, sendo a disfunção da ovulação a causa dominante. (OLIVERI, 2021).

Os sintomas da SOP incluem hirsutismo, acne e alopecia. São causados principalmente pelo hiperandrogenismo, que ocasiona o aumento na produção de pelos e material oleoso pelas glândulas sebáceas, facilitando a instalação de infecções acneicas. Na SOP, a causa da alopecia é androgênica e causa queda de cabelo na região central do couro cabeludo. Essas manifestações sintomatológicas também impactam de forma negativa a autoestima da mulher. Ademais, interferem nos aspectos emocionais e sociais.

O diagnóstico, por se tratar de uma síndrome, é de exclusão, já que nenhum critério isolado é suficiente para diagnosticar essa patologia, mas sim um conjunto de sinais e sintomas, além de alterações ultrassonográficas e laboratoriais. Dessa forma, suas características principais, de modo geral, incluem disfunção menstrual, hiperandrogenismo, hiperandrogenemia e ovários policísticos. Além disso, a utilização da via transvaginal permite uma visualização bem precisa do ovário, importante para o diagnóstico (MARCONDES *et al.*, 2011).

Por fim, no tratamento para SOP e infertilidade, a modificação do estilo de vida com dieta e exercícios físicos deve ser considerada a primeira opção, principalmente em mulheres obesas, para restabelecer a ovulação e também evitar complicações a longo prazo. Em casos sem êxito apenas com hábitos mais saudáveis, recomenda-se o uso de agentes insulino-mobilizantes, sendo a metformina a mais utilizada, visto que estudos recentes identificaram melhoras nas taxas de ovulação nessas pacientes.

Ademais, o uso de citrato de clomifeno também tem mostrado bons resultados na indução da ovulação em mulheres com SOP (SANTANA *et al.*, 2008)

CONCLUSÕES

Diante do exposto, nota-se que a SOP é uma patologia que causa desordem hormonal. Esse desequilíbrio na homeostase e aumento dos níveis séricos de andrógenos tem, por consequência, elevadas chances de ocasionar infertilidade, através da inibição ovulatória. Essa endocrinopatia ainda não possui uma causa única definida. No entanto, é possível observar principalmente a influência de fatores genéticos e ambientais. Desse modo, a primeira escolha de tratamento é a mudança



de hábitos de vida. Estas mudanças ocasionam melhora significativa tanto nos sintomas da SOP quanto na qualidade de vida das pacientes em todos os aspectos.

REFERÊNCIAS

MARCONDES, J. A. M. *et al.* Dificuldades e armadilhas no diagnóstico da síndrome dos ovários policísticos. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.55, n.1, 2011.

OLIVERI, J. Infertilidade na síndrome dos ovários policísticos (SOP): quais evidências no tratamento? PEBMED, jun. 2021.

RODRIGUES, V. S. S. *et al.* Manejo terapêutico da infertilidade em mulheres portadoras da Síndrome do Ovário Policístico. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, jul. 2021.

SANTANA, L. F. *et al.* Tratamento da infertilidade em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n.4, p.2019, 2008.



SUICÍDIO ENTRE JOVENS INDÍGENAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

SALA, Vivian Pizzatto
vivian.pizzatto@gmail.com

ANDREOLI, Marina
mrnandreoli@gmail.com

BARBIERI, Rodrigo
rodrigobarbieri@uricer.edu.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

O suicídio relaciona-se, etiologicamente, com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, religiosa e cultural até os de origem genética e biológica (ROY, 1999). Ao levar em consideração o aspecto cultural, percebe-se o alto índice do sentimento de não pertencimento social em jovens indígenas, o que está diretamente ligado aos altos níveis de suicídio entre esse grupo social. Nesse contexto, o presente trabalho tem por objetivo analisar as etiologias socioculturais relacionadas ao suicídio entre esse grupo cultural no Brasil, bem como, os aspectos determinantes e os fatores de risco para tal desfecho.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura para identificar estudos que tiveram como base a pesquisa sobre mortalidade por suicídio entre jovens indígenas brasileiros. A pesquisa baseou-se em 6 artigos, publicados no período de 1999 até 2022, bem como utilizou-se de fundamentação teórico-conceitual a fim de enriquecer a discussão. As bases de dados verificadas foram Pubmed, Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*) e Google Acadêmico. As palavras-chave para busca foram "indígenas", "suicídio", "mortalidade" e "jovens".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O suicídio é hoje uma das principais causas de mortes no mundo entre pessoas na faixa etária dos 15 aos 44 anos, sendo responsável por mais de um milhão de óbitos anualmente. Na análise estatística, um suicídio ocorre a cada 45 segundos no mundo para cada 100.000 habitantes (VARNIK, 2012; WHO, 2014). No Brasil, cerca de 12 mil pessoas tiram a própria vida anualmente, o que totaliza em torno de 6% da população absoluta. Ao levarmos em consideração o coeficiente nacional de suicídio, é importante destacar que existem variações regionais e entre grupos populacionais. Na análise de estudos epidemiológicos acerca desse contexto, é possível observar que as taxas mais elevadas estão entre homens, idosos e indígenas (MARÍN-LÉON *et al.*, 2012; MINAYO, *et al.*, 2012).

De acordo com Botega (2014), p. 231:



Em certas localidades, bem como em alguns grupos populacionais (como, por exemplo, o de indígenas do Centro-Oeste e do Norte, e o de lavradores do interior do Rio Grande do Sul) os coeficientes aproximam-se dos de países do Leste Europeu e da Escandinávia, na casa dos 15-30 por 100 mil ao ano. Vários fatores socioculturais e econômicos parecem se associar a esses altos índices, bem como elevada frequência de sofrimento mental e de uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Amazonas, Pará e Roraima são os estados que concentram o maior número de pessoas autodeclaradas indígenas, sendo que nessa região do país, o suicídio entre a população indígena foi a quinta causa de morte entre os anos de 2012 e 2014 (PEREIRA *et al.*, 2020). No Amazonas, no período entre 2006 e 2010, a taxa de suicídio foi de 18,4 para cada 100.000 habitantes indígenas, o que é 4,4 vezes a taxa observada entre não indígenas no mesmo período e localidade. Entre indígenas desse mesmo estado, a faixa etária de 15 aos 24 anos foi a que apresentou maiores taxas suicidas, fato que representa 37,7 para cada 100.000 habitantes (SOUZA; ORELLA-NA, 2013). Na região Centro-Oeste do Brasil, todos os casos de suicídio se deram no Mato Grosso do Sul, estado que possui a segunda maior nação indígena do país com 66.963 índios, dos quais 40.245 são da etnia Guarani/Kaiowá (MARÍN-LEON *et al.*, 2012).

A comunidade indígena enfrenta problemas graves, que incluem menor expectativa de vida, acesso escasso à saúde e à educação e maiores taxas de desemprego que a população em geral. Somado a isso, o tabagismo, as altas taxas de encarceramento e de alcoolismo, abuso do uso de drogas e depressão são aspectos a serem levados em conta. Um fator relevante para esse assunto é que as regiões que ostentam as maiores taxas de suicídio estão próximas de fronteiras internacionais, as quais convivem com tráfico de drogas e de armas, além de enfrentarem permanentes conflitos por terra (SOUZA; ORELLANA, 2013; CERRON, 2014).

Segundo a etimologia de Emile Durkheim, sociólogo francês, existem três tipos de suicídio: o suicídio egoísta, o suicídio altruísta e o suicídio anômico. Ao levar em consideração o suicídio anômico, o autor conclui que a taxa de suicídio varia inversamente com a integração dos grupos sociais dos quais os indivíduos fazem parte. Nesse sentido, quanto menor a integração e a troca entre indivíduos de um grupo social, maior a chance de suicídio em determinada população. Além disso, na teoria durkheimiana, também é reconhecido o desemprego e a vulnerabilidade psicológica individual como fatores de risco e que, somado às variáveis sociais, contribuem para desfechos desfavoráveis também a violência doméstica e familiar e também os conflitos ideológicos dentro de um mesmo ambiente.

As etiologias das taxas suicidas entre as populações originárias são distintas e incluem conflitos interpessoais, transtornos mentais, principalmente a depressão, conflitos familiares e o contexto social e cultural em que se encontra o indivíduo. O que se observa, ainda, é o sentimento de não pertencimento à comunidade originária, bem como de não pertencer também às comunidades que os circundam. No cenário em que a criação de identidade social não acontece, principalmente entre os jovens, faixa etária caracterizada pelas descobertas e formação de novos princípios, abrem-se brechas para o sentimento de dúvida e questionamentos sobre si mesmo e sobre os outros, o que favorece tal desfecho.



CONCLUSÃO

A literatura destaca o suicídio como a interação entre inúmeros fatores causais como situações estressantes da vida cotidiana, conflitos interpessoais, transtornos mentais, problemas familiares e abuso de substâncias, sendo que todos estes estão em contato íntimo com o contexto social e cultural das populações. O suicídio entre jovens indígenas tem se mostrado um agravamento de saúde, preocupante em determinadas populações, já que demonstra a vulnerabilidade das relações e do corpo social em preservar a integridade e características individuais, principalmente entre esse grupo. Na medida em que o suicídio pode ser explicado como expressão da fragilidade social, suscetível à intervenção, percebe-se que a situação está diante de mortes potencialmente evitáveis. Nesse sentido, diante da incipiente disponibilização de dados sobre o assunto, há necessidade de estudos específicos e multidisciplinares que tenham como premissa a especificidade que cada grupo impõe para si e para o coletivo.

REFERÊNCIAS

- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia Usp**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>. Acesso em: 09 ago. 2022.
- DURKEIN, É. **O suicídio**: estudo da Sociologia. São Paulo, Martins Fontes, 2000. Acesso em: 09 ago. 2022.
- MARÍN-LEÓN, L. *et al.* Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. **Rev Panam Salud Publica**, v. 32, n. 5, p. 351-359, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n5/351-359/en>. Acesso em: 08 ago. 2022.
- OLIVEIRA, C. S.; LOTUFO NETO, F. **Suicídio entre povos indígenas**: um panorama estatístico brasileiro. Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo), [S.L.], v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832003000100001>. Acesso em: 09 ago. 2022.
- PEREIRA, P. M. B. O suicídio em indígenas da Amazônia Brasileira: revisão sistemática da literatura. **Revista da Amrigs**, Porto Alegre, v. 3, n. 65, p. 493-499, 2021. Acesso em: 09 ago. 2022.
- ROY, A. Emergências Psiquiátricas. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (eds). **Tratado de Psiquiatria**, v. 2, 6 ed., Artmed. Porto Alegre, p. 185, 1999. Acesso em: 09 ago. 2022.
- SOUZA, M. L. P.; ORELLANA, J. D. Y. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **J Bras Psiquiatr**, v. 62, n. 4, p. 245-252. 2013. Acesso em: 08 ago. 2022.



TECIDO ADIPOSEO: UMA REVISÃO NO ÂMBITO ENDOCRINOLÓGICO E METABÓLICO

GABRIELLE, Bárbara Cristina

100335@aluno.uricer.edu.br

DEIFELD, Daniel Mews

dmewsdeifeld@gmail.com

DE OLIVEIRA, Lara Vieira

100357@aluno.uricer.edu.br

KIELEK, Natalia Demarco

099535@aluno.uricer.edu.br

MARTELLO, Yasmin Benetti

099535@aluno.uricer.edu.br

GIOLLO, Alessandra Nodari

alessandrapiollo@uricer.edu.br

URI Erechim

INTRODUÇÃO

O tecido adiposo, no ser humano, apresenta variações conforme a idade, o sexo e o índice de massa corporal (IMC). Há basicamente duas finalidades teciduais: seus papéis funcionais relacionados ao armazenamento de triglicerídeos, que em excesso gera a obesidade, e seus papéis fisiológicos auxiliares. Era só isso que se pensava; contudo, análises recentes demonstram novas atribuições para o tecido (CYPESS, 2022).

Desse modo, busca-se uma visão científica da função do tecido adiposo quanto órgão do sistema endócrino, bem como suas atribuições no metabolismo humano.

METODOLOGIA

Este resumo expandido é fruto de uma pesquisa bibliográfica na qual foram analisados e comparados artigos de revisão e seus resultados. Como critério de busca, utilizou-se os descritores "tecido adiposo" e "endocrinologia e metabolismo", indexadas nas bases de dados SciELO e Springer Link, de 2019 a 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ser humano, há dois tipos de tecido adiposo: tecido adiposo amarelo ou branco (WAT) e o marrom ou pardo (BAT); tais tecidos são compostos por vários tipos celulares distintos. Existem os próprios adipócitos e a fração vascular do estroma, como os fibroblastos, sangue e vasos sanguíneos, macrófagos, células imunes e do tecido nervoso (CYPESS, 2022).

Quanto a suas morfologias específicas, os adipócitos WAT e BAT apresentam diferenças, sendo o primeiro unilocular, ou seja, são preenchidos por uma única gotícula de lipídio e apresentam um núcleo na periferia da célula, enquanto o segundo é multilocular, com gotículas de vários tamanhos, porém de tamanho celular menor, com presença significativa em recém nascidos (CYPESS, 2022).



O tecido adiposo desempenha um papel central na distribuição de energia. Todos os alimentos consumidos pelos mamíferos consistem em três macronutrientes - gordura, proteína e carboidrato. Assim, a superalimentação de qualquer um destes acaba levando a um balanço energético positivo e ganho de peso, o que interfere no metabolismo e funcionamento endócrino do organismo (CYPESS, 2022).

A adipogênese continua ao longo da vida, indicando uma reposição completa dos adipócitos, e apresentando a capacidade de auto-renovação (WHITE, 2019). O crescimento dos adipócitos decorre tanto da hipertrofia quanto da hiperplasia. O equilíbrio entre hipertrofia, hiperplasia, fibrose e lipólise no BAT visceral e subcutâneo está associado a diferentes riscos de progressão para disfunções fisiológicas (SCHEJA, 2019).

As descobertas de hormônios derivados de adipócitos brancos, como leptina e adiponectina, deixaram claro que WAT apresenta função endócrina. Ele produz muitas adipocinas que afetam a fisiologia, como as adiponectinas, o fator de necrose tumoral pró-inflamatório α (TNF- α), proteína quimiotática de monócitos 1, o hormônio sexual estrogênio (CYPESS, 2022). Enquanto que BAT produz adipocinas marrons, como a 12-13-di HOME (lipocina) e FGF21, que podem afetar o músculo esquelético e a função cardíaca (GAVALDÀ- NAVARRO, 2021).

Avanços na compreensão do tecido adiposo como órgão endócrino têm sido apoiados pela identificação de espécies não sinalizadoras de peptídeos que apresentam efeitos locais e sistêmicos. Estudos clínicos indicam que a inibição ou ativação de adipocinas específicas podem ser terapêuticas ou preventivas de doenças cardiometabólicas. Prova deste achado científico foi demonstrado em estudos recentes, em que roedores obesos, resistentes à insulina e com injúria cardíaca receberam um transplante de BAT saudável. Assim, houve uma sensibilização à insulina, diminuição de peso e melhora do desempenho metabólico; tais efeitos atribuídos a liberação de fatores regulatórios de BAT, ou seja, um efeito endócrino. Nos efeitos cardioprotetores, foi identificado que o BAT libera a lipocina 12,13-diHOME que melhora a função cardíaca através da regulação do ciclo do cálcio, e o FGF21, protetor contra hipertrofia cardíaca. Posteriormente, foi constatado que a lipocina 12,13-diHOME, está diminuída em pacientes humanos com doença cardíaca (GAVALDÀ- NAVARRO, 2021).

CONCLUSÕES

Quando se fala em tecido adiposo há a subestimação quanto a sua relevância, visto que enraizou-se a preocupação em livrar-se de gorduras corporais. Além daquelas funções já conhecidas, foram identificadas áreas funcionais dentro da endocrinologia e no metabolismo humano. No que se refere a WAT e BAT, há impactos fisiológicos dentro da prática clínica, além de ser comprovada a capacidade de produção de hormônios, como as adipocinas, as lipocinas, a leptina e a adiponectina. Enfim, fato é que o tecido adiposo é tão influente quanto outros órgãos para a manutenção da saúde cardíaca e muscular esquelética, por exemplo.

REFERÊNCIAS

CYPESS, Aron M. Reassessing Human Adipose Tissue. **The New England Journal of Medicine**, v.386, n.8, p.768-779, 2022. Acesso em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra2032804>



GAVALDÀ- NAVARRO, A. *et al.* **The endocrine role of brown adipose tissue: An update on actors and actions.** Springer Link, 2021. Acesso em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11154-021-09640-6>

SCHEJA, L. *et al.* **The endocrine function of adipose tissues in health and cardiometabolic disease.** Nature Reviews Endocrinology, 2019 . Acesso em:

<https://www.nature.com/nrendo/>

WHITE, U. *et al.* **Dynamics of adipose tissue turnover in human metabolic health and disease.** Springer Link, 2019. Acesso em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-018-4732-x>



TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE: UMA PATOLOGIA AINDA POUCO CONHECIDA

BRUCH, Caroline

023499@aluno.uricer.edu.br

SOLEK, Camila Caetano

097825@aluno.uricer.edu.br

VALENTINI, Vanesa

097773@aluno.uricer.edu.br

GRAEFF, Jaqueline Buaes

jaquelinegraeff@uricer.edu.br

INTRODUÇÃO:

A tromboangeíte obliterante, ou também conhecida como Doença de Buerger, é uma doença que afeta as artérias, tanto de pequeno ou médio calibre, de caráter inflamatório, de causa desconhecida, relacionada ao tabagismo (ROBBINS, 1986). De acordo com TINOCO *et al.* (2015) a doença, cursa com a inflamação da parede do vaso, formação de um trombo pode impedir a circulação sanguínea no local afetado. Essas complicações associadas impactam significativamente a vida do paciente e por vezes são limitantes. Dessa forma, o objetivo deste resumo é esclarecer a singularidade da doença, que é pouco prevalente, suas manifestações clínicas e a necessidade de cessar o tabagismo em pacientes acometidos

METODOLOGIA:

O presente trabalho é uma breve revisão literária, de caráter exploratório e descritivo, sobre os aspectos relacionados a tromboangeíte obliterante, ou como também é conhecida, Doença de Buerger. 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 na Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vasular. Foram utilizadas as palavras-chaves: tromboangeíte obliterante, tabaco, inflamação, doença de buerger

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A Doença de Buerger, ou tromboangeíte obliterante, é uma doença vascular rara que se manifesta em oclusões periféricas arteriais e venosas, sendo as mãos e pés os principais locais de acometimento. Embora a etiologia ainda não seja definida, o uso do tabaco tem sido o principal fator causa, já que todos doentes são fumantes (TINOCO *et al.*, 2015).

A fisiopatologia está associada a uma inflamação na parede do vaso e posteriormente a formação de um trombo, o que impede a circulação sanguínea e a oxigenação tecidual. Embora a tromboangeíte obliterante possa causar isquemia do membro afetado assim como arteriopatas, ela é considerada uma doença trombótica não aterosclerótica (TINOCO, *et al.*, 2015).

Primordialmente a doença começa com isquemia de pequenos vasos das extremidades como mãos e pés, o que pode levar a sintomas como claudicação da região afetada. A dor tende a surgir nas extremidades, podendo irradiar para partes



mais centrais do corpo. Com o avanço da doença, úlceras isquêmicas surgem (OLIN, *et al.*). A doença pode afetar vários membros e extremidades simultaneamente, por mais que essas não possuam úlceras ou sintomas. Tromboflebite superficial que apresenta como principais sintomas a vermelhidão e a dor, afeta 40% dos pacientes (LIE, *et al.*, 1988).

Os critérios diagnósticos mais atuais foram propostos no ano de 2000 por Olin, analisando as seguintes características do paciente: ter menos de 50 anos; uso recorrente ou recente de tabaco; presença de isquemia distal, dor em repouso e gangrenas detectadas por um teste vascular não invasivo; exclusão de doenças autoimunes, diabetes ou hipercoaguláveis; exclusão de embolia por ecocardiografia ou arteriografia; achados consistentes na arteriografia de membros. O envolvimento de membros tanto superiores como inferiores ajuda na diferenciação de uma aterosclerose. Além disso, como a camada média da artéria é preservada quando acometida pela tromboangeíte pode-se descartar vasculites sistêmicas (OLIN, *et al.*, 1990). O principal tratamento é eliminar o tabaco e evitar contato com pessoas fumantes, caso contrário, as consequências da doença tendem a se agravar, podendo até levar a necrose de todo o membro afetado e posteriormente à amputação.

A arterialização do arco venoso é uma forma de tratamento bastante estudada, a qual através de fístulas é feita uma tentativa de revascularização através do arco venoso, porém esse procedimento não se torna efetivo para todos os pacientes.

Além disso, medicamentos vasodilatadores, anticoagulantes e prostaglandinas também são utilizados, porém nenhum destes tratamentos são eficazes se não houver a total abstinência do tabaco.

A amputação não se torna necessária quando há cessação do hábito tabagista, sendo assim, a doença entra em remissão. (TINOCO, *et al.*, 2015).

CONCLUSÕES

A tromboangeíte obliterante é uma doença pouco conhecida e incomum. Mesmo que sua causa ainda não seja esclarecida, esta possui relação com o uso do tabaco, sendo que o consumo está diretamente relacionado aos problemas circulatórios e isquemia nos pacientes. Nesse viés percebe-se a necessidade de um acompanhamento multiprofissional desses pacientes, visto a complexidade da doença e a sua relação com o tabagismo. Tal patologia, ainda, é carente de estudos literários, em parte pela incidência baixa, o que colabora para a necessidade de novas publicações da temática.

REFERÊNCIAS:

BUSATO, C. R. *et al.* Arterialização do arco venoso do pé para tratamento da tromboangeíte obliterante. **Jornal Vascular Brasileiro** [online]. 2008, v. 7, n. 3, p. 267-271. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1677-54492008000300013>. Epub 08 Dez 2008.

ERKKILA, P.E. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). **Orphanet J Rare Dis** v.1, n.14, 2006.

HARTEN, P.; MULLER-HUELSBECK, S.; REGENSBURGER, D.; LOEFFLER, H: Multiple organ manifestations in thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). **A case report. Angiology.**, v.47, p. 419-425, 1996.



LIE, J. T: Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease) revisited. **Pathol Annu.**, v.23: p.257-291, 1988.

OLIN, J.W.; YOUNG, J.R.; GRAOR, R. A.; RUSCHHAUPT, W.F.; BARTHOLOMEW J. R. The changing clinical spectrum of thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). **Circulation.**, v.82, n.4, p.3-8, 1990.

ROBBINS, S. Patologia estrutural e funcional. 3a. Ed. Rio de Janeiro : Editora Guanabara S.A. 1986.

TINOCO, P. C.; SILVESTRE A. P. H.; SIQUEIRA, C. S. **Thromboangiitis obliterans: diagnosis, treatment and management.** UNIPAC HLA – Uberlândia, MG, Brasil, 2015. Disponível em <https://www.rbac.org.br/artigos/tromboangeite-obliterante-diagnostico-manejo-e-tratamento>



VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 E TROMBOSE: É PRECISO SE PREOCUPAR?

PEZZIN, Laura Skomra

044054@aluno.uricer.edu.br

DE MORAIS, Lays Messias

099858@aluno.uricer.edu.br

VENANCIO, Iris

097814@aluno.uricer.edu.br

LOPES, Nicolas Zin

097835@aluno.uricer.edu.br

FIACCADORI, Vitória Provin

100342@aluno.uricer.edu.br

WISNIEWSKI, Elvis

1441@uricer.edu.br

URI Erechim

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 pelo coronavírus (SARS-CoV-2) apresentou-se como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século.

Na metade do mês de abril de 2020, poucos meses depois do início da epidemia na China, no final de 2019, já haviam ocorrido mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes no mundo por COVID-19.

No Brasil, até então, haviam sido registrados cerca de 21 mil casos confirmados e 1.200 mortes pela COVID-19.

O insuficiente conhecimento científico sobre o coronavírus gerou incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias para o enfrentamento da pandemia, chegando a um ponto comum que consistia em associar a vacinação a medidas de distanciamento social, visando diminuir sua veloz disseminação e capacidade de provocar a morte.

Contudo, com o início da vacinação em massa, começaram a surgir relatos, nos EUA e na Europa, de eventos tromboembólicos relacionados à vacinação.

Nesse resumo expandido, serão expostos dados epidemiológicos e aspectos clínicos da Trombocitopenia Trombótica Induzida por Vacinação (TTIV), bem como a conduta clínica ideal para esses casos.

METODOLOGIA

Visando a elaboração do presente resumo expandido, foi feita uma revisão bibliográfica a partir do artigo científico denominado "Relação entre trombose e vacinas COVID-19 - revisão da literatura" (PERSCH *et al.*, 2021), retirado da revista Brasília Médica. O artigo citado traz dados epidemiológicos e clínicos acerca dos eventos trombóticos associados à vacinação contra a doença que causou a primeira pandemia do século XXI, especialmente a Trombocitopenia Trombótica Induzida por Vacinação (TTIV).



RESULTADOS E DISCUSSÃO

As vacinas são formadas por vírus ou bactérias inativadas ou altamente enfraquecidas, de modo que o organismo produz anticorpos que combatem o invasor e também cria memória imunológica. Assim, a vacinação é uma das medidas mais eficazes no combate a doenças que podem ser prevenidas, bem como no enfrentamento de epidemias e pandemias, como aconteceu com a COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-COV-2). Todavia, no início da vacinação em massa, surgiram relatos, nos EUA e na Europa, de tromboembolismo relacionados à vacinação.

A TTIV é um distúrbio raro, que tem sido relatado após a vacinação contra a COVID-19 e é caracterizada pela formação de coágulos em múltiplos órgãos, bem como uma tendência à hemorragia (devido à trombocitopenia), visto que ocorre um desequilíbrio no uso de trombócitos pelo organismo, especificamente, no fator plaquetário 4 - PF4, que são anticorpos da classe IgG anti complexo que reagem ao receptor FcγRIIA das plaquetas, ativando-as. O fenômeno desencadeia agregação plaquetária, geração de trombina e um estado de hipercoagulabilidade. Quando ocorrem estes eventos trombóticos, as ocorrências tromboembólicas são complicações comuns.

As vacinas envolvidas com esses eventos utilizam a tecnologia de vetor recombinante, dentre elas, a ChAdOx1/Vaxzevria/AZD1222 (AstraZeneca) e a Ad26-COV-S/Janssen (Johnson & Johnson) (CARLI *et al.*, 2021).

Nos estudos realizados com a vacina ChAdOx1, apresentaram-se 11 casos de trombose com trombocitopenia entre 5 e 16 dias após a vacinação, de modo que 9 eram mulheres com idade média de 36 anos. Assim, os resultados obtidos foram nove pacientes com trombose venosa cerebral, três com trombose de veia esplênica, três com tromboembolismo pulmonar (TEP) e um paciente com hemorragia craniana. Dentre os 11 pacientes, 5 desenvolveram coagulação intravascular disseminada (CIVD) e 6 evoluíram a óbito. Ademais, o estudo analisou a presença de anticorpos anti-PF4 em outros 28 pacientes que tiveram suspeita de TTIV, e todos tiveram resultados positivos e ativação plaquetária positiva na presença de anti-PF4. (GREINACHER *et al.*, 2021).

Apesar desses eventos, vale ressaltar a importância da vacinação e o quanto segura ela é. Para elucidar essa perspectiva, temos que a incidência de TTIV é extremamente baixa quando comparada ao uso de anticoncepcionais orais, que são utilizados em larga escala pela população feminina brasileira (FERREIRA *et al.*, 2021). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) relatou, entre 2011 e 2016, 177 casos de intercorrências graves relacionadas ao sistema circulatório e ao uso de anticoncepcionais orais. Tal problemática ocorre por causa da alteração da viscosidade do sangue devido a hormônios como estrogênio e progesterona, facilitando a coagulação sanguínea.

Essa análise permite concluir que, diante de um cenário pandêmico, os benefícios da vacinação se sobrepõem a seus riscos e não é preciso temer a vacinação por conta desses casos raros, uma vez que os próprios anticoncepcionais orais são utilizados em larga escala e não provocam receio na população, mesmo que possuam altos índices de complicações vasculares (maiores, inclusive, que a vacinação contra COVID-19).

CONCLUSÕES

A vacinação é um modo de prevenção primária contra doenças infecciosas como a COVID-19. A partir do artigo analisado conclui-se que a TTIV é uma reação



adversa rara às vacinas com o vetor recombinante ChAdOx1/Vaxzevria/ AZD1222 (AstraZeneca) e a Ad26-COV-S/Janssen (Johnson & Johnson). Devido a baixa ocorrência desses eventos, não há evidências da necessidade de contraindicação da vacinação, mesmo em casos em que há uma predisposição ao desenvolvimento de sintomas tromboembólicos.

Os efeitos benéficos comprovados da vacinação superam os riscos associados. Sendo assim, os centros de saúde devem estar preparados para receber pacientes com suspeita de TTV e investigar a etiologia dessas manifestações, bem como suas relações com a vacina.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel Coronavírus**. 12/08/2022 Disponível em: covid.saúde.gov.br. Acesso em: 13 ago. 2022

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. 2022. **Vacinação contra a covid-19 no Brasil completa um ano**. 18/01/2022. Disponível em: portal.fiocruz.br. Acesso em: 13 ago. 2022.

CARLI G, N. I.; RUGGERI, M.; BARRA, S.; TOSETTO, A. Deep vein thrombosis (DVT) occurring shortly after the second dose of mRNA SARS-CoV-2 vaccine. **Internal and emergency medicine**, v.16, n.3, p.803-804, 2021. doi:10.1007/s11739-021-02685-0

GREINACHER, T. T.; WARKENTIN, T.E.; WEISSER, K.; KYRLE, P.A.; EICHINGER S. Thrombotic Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 Vaccination. **The New England journal of medicine**, v.384, n.22, p.2092-2101, 2021. doi:10.1056/NEJMoa2104

FERREIRA, B. B. R.; DA PAIXÃO, J. A. A relação entre o uso da pílula anticoncepcional e o desenvolvimento da trombose venosa profunda no Brasil. **Acervo+ index base**, v. 29. Univ. Salvador (UNIFACS).5/2021.

PERSCH, G. P.; FERNANDES, G. H.; BITENCOURT, C. A.; FERREIRA, F. S. B.; XAVIER, F. D. Relação entre trombose e vacinas covid-19 - revisão da literatura. **Brasília Med.**, v.58; p.: 1-7, 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v58a52.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2022.



VIOLÊNCIA CONTRA MULHER NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

DANIEL, Emili Vitória
emili.daniel22@gmail.com

SACON, Andressa Nicole
099559@aluno.uricer.edu.br

DE MORAIS, Lays Messias
099858@aluno.uricer.edu.br

MALACARNE, Bruna
102442@aluno.uricer.edu.br

PATZER, Rafael Vinícius
098349@aluno.uricer.edu.br

BUSETTO, Marcos Antônio.
marbusetto@uol.com.br
URI Erechim

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um importante problema social e de saúde pública. Ela está amplamente presente nos atendimentos de emergência dos hospitais e devido a sua natureza complexa. Muitas vezes praticada por parceiros íntimos ou por conhecidos, resulta em uma dificuldade de abordagem e procedência perante os casos, gerando um ocultamento na exposição do opressor, ocorrendo repetição dos atos violentos, nas suas mais diversas expressões, seja física, psicológica, verbal ou sexual.

Ademais, a violência contra a mulher é caracterizada pela invisibilidade, grande parte dos casos acontece no âmbito privado. Assim, essas ocorrências não geram atendimentos, nem são captadas pelos sistemas de informações. ² A dificuldade de captação dificulta a cobertura e a implementação de medidas cabíveis e imprescindíveis contra esse tipo de violência. Os serviços de saúde têm um papel fundamental na resposta à violência, pois, constantemente, são o primeiro local onde as vítimas buscam atendimento.

METODOLOGIA

Com o intuito de descrever acerca do tema violência contra mulher nos serviços de emergência, foi realizada uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo e exploratório, a fim de se obter resultados que possibilitasse um embasamento teórico considerável. Assim, o presente resumo expandido foi elaborado, por meio de artigos, publicações, com buscas na plataforma do Google Acadêmico e Scielo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, as medidas para lidar com esse tipo de violência são urgentes, dada a posição sombria do país nas estatísticas mundiais sobre violência doméstica e feminicídio. ⁴ A Organização Mundial da Saúde (OMS), também reforça a necessidade de melhoria na capacidade dos serviços de saúde para identificar indicadores de risco e possíveis causas de feminicídio. Isso porque o acesso e



encaminhamento adequado da mulher agredida nos serviços de segurança pública podem fazer a diferença. ² por isso, os sistemas de informação como o Sistema de Informação de Violência e Acidentes (VIVA) têm potencial de geração de evidências para conhecimento do tema e subsídio para estabelecimento de políticas públicas. ²

Embora a violência doméstica contra a mulher seja considerada um problema mundial, esse ainda é um assunto de difícil abordagem e enfrentamento, tanto pelas vítimas quanto pelos profissionais que atendem essas mulheres. ⁶

Mesmo sabendo que situações de violência não são facilmente solucionadas, acredita-se que uma abordagem das vítimas de forma correta, pode contribuir para o enfrentamento do problema. Assim, a Lei nº 10.778/2003 estabelece a obrigatoriedade da notificação de todos os casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços de saúde, o que mostra uma forma de superação desses obstáculos. No entanto, o profissional limita sua atenção aos fatores biológicos que podem afetar a usuária, deixando em segundo plano outras questões que podem garantir um melhor prognóstico. A qualidade da atenção implica na adoção de um conceito de saúde integral, que contemple o psicológico, biológico e social. ⁵

É observado que quanto mais severa a violência física e psicológica, maior a propensão a transtornos mentais não psicóticos. Ou seja, não apenas a agressão física deixa marcas nas mulheres, mas os danos mentais podem causar sequelas preocupantes. Sendo assim, deve haver uma capacitação dos profissionais frente a situações como essa, visto que a intervenção sobre violência contra a mulher é multifatorial e ainda se mostra pouco efetiva. ¹

Portanto, pensando na necessidade de humanização do atendimento às vítimas de violência, o extinto Ministério das Mulheres, por meio do "Programa mulher, sem violência", publicou em 2013 as Diretrizes Gerais e Protocolos de Atendimento a esse público. Esses documentos indicam que para uma solubilidade dos casos, deve-se haver uma escuta qualificada, pautada na atenção, proteção, sigilo, discricção, etc.² ainda, mulheres relataram que quando atendidas por profissionais do mesmo gênero, sentem-se acolhidas pela representatividade. Dessa forma, é notório que a concretização de um vínculo de confiança favorece a clareza dos fatos, podendo culminar em uma abordagem terapêutica coerente. ⁵

CONCLUSÕES

Tendo em vista que a violência contra a mulher é um problema de saúde pública que exige medidas urgentes, dentre elas o atendimento desses pacientes de forma integral, isto é, física, mental e social de modo a preservar o bem estar descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, cabe ao profissional de saúde um atendimento às mulheres violentadas dentro de um conceito de compreensão em saúde, que seja benéfico para a construção social. Dessa forma, o acolhimento potencializa as denúncias e retira mulheres de uma condição de vulnerabilidade e torna efetiva as leis de proteção a mulheres.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. M. C. *et al.* **Violência contra mulher**: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, out., 2021.

GARCIA, L. P. *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controle com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cad. Saúde Pública** RJ, v. 32, n.4, 2016.



GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 451-454, 2016.

MONTEIRO, S. A. S. *et al.* A produção acadêmica sobre a questão da violência contra mulher na emergência da pandemia do COVID-19 em decorrência do isolamento social. **Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, v. 22, n. 1, p. 152–170, 2020.

SILVA, K. E. A. *et al.* O conhecimento e abordagem médica nos casos de violência contra mulher em um hospital público de Alagoas. **Physis - Revista de Saúde Coletiva** v. 32, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320118>. Acesso em, 04 abr.2022.

ZANCAN, N. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando Famílias**, v.17, n.1, p.63-76, jul. 2013.



PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CURSO DE MEDICINA DA URI

SACON, Andressa Nicole
andressansacon@gmail.com

PEREIRA, Débora Alves
debora.ap@hotmail.com

SOARES, Julia Tolfo
juliatorfos@gmail.com

JUCHEM, Manoela Nicoletti
manoelanicolettijuchem@gmail.com

CAMERA, Fernanda Dal'Maso
fernandadalmasocamera@gmail.com
URI Erechim

INTRODUÇÃO

Segundo Lees *et al.* (2020), o período da adolescência é uma fase crítica do desenvolvimento marcada por mudanças comportamentais, cognitivas, físicas, sociais e emocionais. Logo, os jovens, neste período, tornam-se vulneráveis ao uso de drogas, sendo o álcool uma das primeiras drogas lícitas utilizadas por eles, o que os expõe a vários comportamentos de risco. De acordo com o documento *Álcool e outras Drogas* (2014) a abordagem ao uso do álcool na adolescência deve ser realizada de forma profilática ainda na pré-adolescência, pois sabe-se que o álcool, muitas vezes, é a porta de entrada para outras drogas. Nesse contexto, alunos do 3º semestre do Curso de Medicina da URI desenvolveram na disciplina de Promoção e Prevenção à Saúde I um projeto de Prevenção ao Uso de Álcool aos estudantes do Ensino Fundamental II (EFII) da Escola Básica da URI Erechim, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda Dal'Maso Camera do Curso de Fisioterapia. O objetivo desse projeto foi de orientar os estudantes do EFII em relação ao uso de álcool na adolescência e os efeitos na saúde humana. Esse projeto foi idealizado e coordenado pela Profa. Fernanda, em colaboração com Dr. João Paulo Becker Lotufo, médico, pediatra e coordenador do Ambulatório e Programa de Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas da Universidade de São Paulo (USP) e responsável pelo Projeto Dr. Bartô e Doutores da Saúde.

METODOLOGIA

A construção do projeto aconteceu a partir de uma atividade proposta na disciplina Promoção e Prevenção à Saúde I, do Curso de Medicina em março de 2022 onde durante o semestre muitas reuniões de organização e escrita do projeto foram realizadas. No dia 24 de junho os alunos da medicina ministraram uma palestra aos alunos do EFII no Anfiteatro do Pr.3 sobre o uso do álcool na adolescência e os efeitos na saúde humana e, após foram realizadas oficinas no Laboratório de Anatomia da URI. Ambas as atividades foram elaboradas e apresentadas pelos alunos do 3º semestre do curso de Medicina sob orientação da Profa. coordenadora do Programa PREVDROGAS da Escola Básica da URI. Participaram das atividades



estudantes do EFII da Escola Básica da URI, sendo que 80 eram dos 7º anos e 170 alunos do 8º e 9º anos, totalizando 250 estudantes.

Na palestra, os alunos do Curso de Medicina, abordaram os tipos de bebida de álcool mais consumidos por estudantes de EFII, as consequências do álcool na adolescência e na vida futura, a dependência do álcool e os fatores de risco. Após a palestra, os estudantes visitaram o laboratório de Anatomia onde puderam visualizar peças orgânicas normais ou saudáveis, em processo de conservação e peças sintéticas. Por último, todos os estudantes foram encaminhados às salas de aula e participaram de atividade avaliativa, orientada pelos alunos da medicina, onde os estudantes de cada ano realizaram uma atividade diferente, demonstrando o quanto aprenderam e compreenderam em relação as atividades propostas. Em relação à atividade de avaliação, os estudantes do 7º ano realizaram um desenho, as do 8º escreveram uma frase e os do 9º escreveram uma palavra. Todo esse trabalho foi colado em cartolinas que ficaram expostas no corredor da escola.

Os benefícios deste projeto estão baseados na relevância do tema, na aquisição de conhecimento dos estudantes do EFII sobre o álcool e seus efeitos, bem como na vivência dos mesmos e dos alunos do Curso de medicina da URI.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento bibliográfico baseou-se em dados relacionados à prevenção e consumo de álcool entre estudantes do EFII, identificando assim, o comportamento do adolescente, o uso de álcool entre eles e os efeitos do álcool na saúde. Esse levantamento teve como objetivo a elaboração, por estudantes do 3º período do curso de Medicina, de uma palestra e oficinas as quais foram realizada no laboratório de Anatomia da URI, onde todos os estudantes puderam verificar os órgãos comprometidos pelo uso contínuo do álcool e órgãos normais sem dano causado por este tipo de droga lícita. Aplicando na prática o que estudos epidemiológicos como os de D'orazio *et al.* (2013) indicam, a saber, o imperativo da elaboração de programas de prevenção primária e secundária contra o uso de drogas lícitas e ilícitas destinados aos jovens brasileiros. Assim como Cuijpers (2002), aponta que diversos estudos têm demonstrado que programas de prevenção têm forte potencial na redução do uso de álcool por adolescentes. Ainda nesse sentido, Ronzani e Silveira (2014), consideram o ambiente escolar como um espaço privilegiado para implantar esses programas de prevenção, pois os jovens permanecem parte expressiva de seu tempo na escola, que possui recursos materiais e, principalmente, humanos de modo a facilitar as intervenções.

Nesse contexto, em relação aos estudantes do EFII, observou-se que eles estavam atentos na apresentação da palestra e nas oficinas. Os mesmos mostraram-se curiosos e questionadores demonstrando que compreenderam que o álcool pode causar sérios danos à saúde das pessoas. Nas apresentações, os alunos do Curso de Medicina apresentaram os tipos de bebida de álcool que os jovens mais procuram e os problemas causados em diversos órgãos, bem como as doenças que podem ser causadas pelo uso contínuo. Foram realizadas explicações aos estudantes, a fim de despertar a curiosidade e mostrar, principalmente, os órgãos discutidos na palestra com as patologias que foram apresentadas. Todo esse modelo de projeto corrobora com a revisão sistemática de literatura realizada por Ronzani e Silveira (2014), que descreveram as principais características das estratégias das prevenções ao uso de drogas lícitas e ilícitas em ambientes escolares que funcionaram quando implantadas em seus países. Essas características incluem, a realização sendo em estudantes, tanto do Ensino Fundamental quanto do Ensino Médio, a implantação podendo ser



tanto por especialistas quanto por professores devidamente capacitados e a utilização de materiais de qualidade elevada destinados aos estudantes.

Ainda, em relação aos resultados, foi solicitado aos alunos que após a oficina, fosse registrado em um papel algo que pudesse mostrar o que realmente aprenderam. As turmas dos 7º anos realizaram desenhos, as dos 8º frases e 9º registraram na forma palavras. Após o recolhimento dos trabalhos, percebeu-se que eles realmente compreenderam e absorveram o conhecimento pois, muitas dessas informações foram faladas durante a oficina. Todo esse formato de intervenção vem de encontro com Cuijpers (2002) que destaca a adoção de métodos interativos que proporcionam oportunidade de contato e comunicação entre os participantes, permitindo a troca de ideias, a valorização de experiências e aprendizagens de habilidades que inibem o uso de drogas como uma boa estratégia de prevenção.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que as atividades propostas pelos alunos do Curso de Medicina sobre o uso do álcool e os efeitos na saúde humana foram eficazes na aquisição de conhecimento aos estudantes do EFII da Escola Básica da URI. Além disso, os estudantes puderam compreender que o uso do álcool na adolescência pode trazer diversos problemas de saúde a seus usuários .

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas Drogas: cartilha para educadores / **Secretaria Nacional Antidrogas**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2014.

CUIJPERS, P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. **Addictive Behaviors**, v.6, 1009-1023. 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460302002952?via%3Di> hub. Acesso em: 11 ago. 2022.

D'ORAZIO, W. P. S. *et al.* Uso de drogas e desempenho escolar entre jovens e adolescentes no ensino médio de uma escola pública de Pires do Rio -GO. **Holos**, v.5, 305-314. 2013. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/1479>. Acesso em: 11 ago. 2022.

LEES, B. *et al.* Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. **Pharmacol Biochem Behav.**, p. 1-27, 1 maio 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7183385/pdf/nihms-1578284.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2022.

RONZANI, T. M.; SILVEIRA, P. S. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**. 1 ed. Juiz de Fora. UFJF. 2014.

