



**Faculdade de Medicina Nova Esperança**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28/12/2007, publicada no DOU de 31/12/2007, página 36, seção 1.



**FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**  
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28/12/2007,  
publicada no DOU de 31/12/2007, página 36, seção 1.

# **ANAIS DA**

## **XXIII MOSTRA DE TUTORIA DA FAMENE**

### **2019.2**

**12 a 14 de Novembro de 2019**  
**ISSN 21756171**

**MARIA DO SOCORRO GADELHA NÓBREGA**  
**Coordenadora do Evento**

**JOAO PESSOA/PB**  
**2019**

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

**ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR  
PRESIDENTE DA ENTIDADE MANTENEDORA DAS FACULDADES**

Prof.<sup>a</sup>. Kátia Maria Santiago Silveira

**VICE-PRESIDENTE DA ENTIDADE MANTENEDORA DAS FACULDADES**

Adm. Eitel Santiago Silveira

**DIRETORA DA FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE**

Prof.<sup>a</sup>. Kátia Maria Santiago Silveira

**COORDENADORA DO EVENTO**

Prof.<sup>a</sup>. Maria do Socorro Gadelha Nóbrega

**COMISSÃO ORGANIZADORA**

Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega

Maria Leonília de Albuquerque Machado Amorim

**COMISSÃO CIENTÍFICA DO EVENTO**

Ana Karina Holanda Leite Maia

Carolina Uchôa Guerra Barbosa de Lima

Clélia de Alencar Xavier Mota

Cibelle Cabral David

Deivid Almeida da Costa

Hermann Ferreira Costa

Homero Perazzo Barbosa

Iara Medeiros de Araújo

Ideltônio José Feitosa Barbosa

Juliana Machado Amorim

Luzia Sandra Moura Moreira

Maria Anunciada Agra de Oliveira Salomão

Marina Tavares Costa Nóbrega

Marcos Antônio Alves De Medeiros

Maria do Socorro Vieira Pereira

Maria Leonília de Albuquerque Machado Amorim

Raphael Batista da Nóbrega

Suellen Maria Pinto de Menezes Silva Viana

Tânia Regina Ferreira Cavalcanti

Thales Henrique de Araújo Sales

Valéria Cristina Silva de Oliveira

Vinícius Nogueira Trajano

Weruskha Abrantes Soares Barbosa

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

Estamos trazendo nestes Anais a divulgação dos trabalhos apresentados na XXIII Mostra de Tutoria da Famene 2019.2 Este evento constituiu-se um espaço privilegiado para a troca de informações e experiências na área médica, em muito contribuindo para a formação acadêmica dos discentes.

O conteúdo dos resumos é exclusivamente de responsabilidade dos autores.

João Pessoa, 20 de novembro de 2019.

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# PÔSTER DIALOGADO

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **FISIOPATOLOGIA DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E SUA PRINCIPAL COMPLICAÇÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

## ***(Menção Honrosa)***

ARTHUR FRANCISCO ANDRADE GALDINO<sup>1</sup>; JOÃO LUCAS MOURA MELO<sup>1</sup>; JOSÉ HORÁCIO RAMALHO LEITE FILHO<sup>1</sup>; LUCAS MONTENEGRO LEAL FERNANDES<sup>1</sup>; SÁVIO BORGES DO AMARAL<sup>1</sup>; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES<sup>2</sup>

A trombose venosa profunda (TVP) caracteriza-se pela formação de coágulos dentro de veias profundas, com obstrução parcial ou oclusão, sendo mais comum nos membros inferiores. Esse coágulo bloqueia o fluxo de sangue e causa inchaço e dor na região. O problema maior é quando um coágulo se desprende e se movimenta na corrente sanguínea, em um processo chamado de embolia. Uma embolia pode ficar presa no cérebro, nos pulmões, no coração ou em outra área, levando a lesões graves. A trombo embolia pulmonar (TEP) é uma importante complicação do câncer e ocorre em 4 a 20% dos pacientes, sendo uma das principais causas de morte nesta população. O risco de eventos tromboembólicos difere entre os vários subgrupos de câncer e sobre a história natural de cada doença. Pacientes hospitalizados e aqueles que recebem terapia ativa parecem estar no grupo de maior risco para o desenvolvimento de Tromboembolismo venoso (TEV), que inclui desde TVP até TEP. Esse estudo tem como objetivo expor uma breve revisão sobre a fisiopatologia da TVP, além de explicar sua principal complicação (TEP) em pacientes neoplásicos, pautando-se em referências encontradas em bases de dados (SciELO, BVS, Ministério da saúde) e revistas científicas (SBACV-ONLINE). Considera-se que a ativação da coagulação é um fenômeno gerado diretamente ou indiretamente pelas células neoplásicas, de modo a gerar um ambiente propício para o seu crescimento. A ativação da hemostasia age tanto através da produção de novos vasos que irão suprir o crescimento tumoral quanto à ativação de receptores ativados por enzimas (no caso trombina), responsáveis por modular várias atividades celulares importantes. Nesse caso, a trombose seria nada mais do que a atividade excessiva do sistema hemostático com consequente formação do trombo. Clinicamente os achados descritos são verificados através de um aumento na frequência de tromboembolismos em pacientes portadores de neoplasias em relação àqueles sem câncer, e uma associação de neoplasias mais agressivas e menor sobrevida naqueles pacientes com neoplasia que apresentaram trombose, se comparados aos pacientes com o mesmo tipo de câncer, porém sem um diagnóstico de fenômeno trombótico. Com base nos dados coletados é possível afirmar a necessidade de acompanhamento de médicos especialistas em patologias do sistema cardiovascular para poder evitar, ou identificar o quanto antes Tromboembolismos venosos profundos em pacientes oncológicos.

**DESCRITORES:** Trombose Venosa Profunda. Oncologia. Embolia

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL: O USO DE METOTREXATO E ÁCIDO FÓLICO COMO SUPORTE FARMACOLÓGICO**

## ***(Trabalho Premiado P1)***

ALINE LUCHESI PALMA<sup>1</sup>; LAISSA NAGAUMI GURGEL<sup>1</sup>; RAFAELLA RIBEIRO FALCÃO FERNANDES<sup>1</sup>; RAYSSA ALMEIDA SAMPAIO<sup>1</sup>; JULIANA MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) de caráter crônico possui como manifestação clínica a inflamação constante das articulações impondo condição dificultosa para a realização de movimentos. A dor articular é o principal componente sintomatológico da doença além de possuir edema, febre e marcha claudicante como sinais característicos. O quadro descrito tem início antes dos 16 anos e sua causa e remissão ainda são desconhecidas. O tratamento é de intenção paliativa e direcionado a evitar a progressão da doença, o qual inicialmente consiste na administração de anti-inflamatórios não-hormonais. Porém, em caso de inflamação persistente, medicamentos de segunda linha de tratamento são acrescentados gradualmente como forma de suporte farmacológico, entre eles, a droga mais utilizada e de maior eficácia é o metotrexato. Sua posologia orienta o uso do medicamento uma vez por semana via oral ou parenteral subcutânea sendo 7,5 mg em dose única ou dividida: 2,5 mg a cada 8 horas. Seu mecanismo de ação confere inibição da enzima di-hidrofolato redutase que atua na síntese de DNA, ou seja, o metotrexato interfere na fase S da divisão celular (fase de produção do material genético) comprometendo, assim, a reprodução celular. A sensibilidade ao fármaco é maior em tecidos ativamente proliferativos como as mucosas bucais e gastrointestinais e a medula óssea (local de produção das hemácias e das células de defesa pró-inflamatórias). Através desse padrão de atuação a reposta inflamatória é reduzida nas articulações. Os efeitos colaterais presentes do uso de metotrexato consiste em estomatite, vômito, úlceras gastrointestinais, anemia etc. Dessa forma, a fim de reduzir os efeitos colaterais do metotrexato auxiliando ao paciente na adesão ao tratamento, recomenda-se o uso de ácido fólico (vitamina B9) que funciona como co-fator para as enzimas implicadas na reprodução celular e na produção de novos glóbulos vermelhos. O ácido fólico precisa ser reduzido em tetra-hidrofolato, sua forma funcional. Tal conversão se dá pela enzima di-hidrofolato redutase, a mesma enzima que possui afinidade pelo metotrexato. Por conseguinte, a redução dos efeitos colaterais do tratamento consistirá num mecanismo de competição entre o metotrexato e o ácido fólico. Uma pesquisa realizada pela Cochrane Collaboration constatou que 84 em cada 100 pessoas que tomaram metotrexato combinado com o ácido fólico não desenvolveram feridas ou úlceras na boca.

**DESCRITORES:** Artrite. Ácido Fólico. Metotrexato

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# USO DE TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DA ACALASIA CHAGÁSICA (Trabalho Premiado P2)

ANDRESA SALINNY CARVALHO FERNANDES<sup>1</sup>; FRANCISCO LUAN DA SILVA SOUSA<sup>1</sup>; GABRIEL BEZERRA AMARAL<sup>1</sup>; JULYA GOMES ARAÚJO RAMALHO DE ALMEIDA<sup>1</sup>; MARIA LEONÍLIA DE ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

**Introdução:** A acalasia é um distúrbio motor esofágico caracterizado pela falha no relaxamento do esfíncter esofágico inferior e peristalse defeituosa, ocasionando dificuldades para deglutir. É a doença motora mais comum do esôfago, embora rara, é caracterizada por uma mudança significativa na qualidade de vida dos pacientes. Sua etiologia pode ser idiopática ou derivada de doenças virais, bacterianas ou doença de Chagas. O tratamento da doença, visa o alívio sintomático e funcional, podendo ser feito pelo uso de drogas, dilatação com balão ou cirurgias. As terapêuticas atualmente preconizadas, tais como dilatação com balão e cardiectomia, são agressivas, de custo alto e tem morbidade e mortalidade não desprezíveis. **Objetivo:** Analisar e compreender a ação da toxina botulínica no tratamento da acalasia chagásica. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica embasada por meio de artigos de plataformas científicas da área da saúde, tendo como descritor chave da análise, o termo "acalasia". **Resultados e discussões:** O uso de toxinas botulínica (TBA) está voltado para as distúrbios do movimento, manifestadas por estado anormal ou excessivo, assim como, por contrações musculares inapropriadas. A toxina botulínica tipo A passou a ser indicada como opção terapêutica para a acalasia, em casos que cirurgias ou dilatações pneumáticas não são viáveis. A droga não apresenta efeito colateral significativo, sendo escolha para o tratamento de pacientes com risco para terapêuticas mais invasivas. O mecanismo de atuação da toxina botulínica consiste, basicamente, na inibição da exocitose da acetilcolina nos terminais nervosos motores, levando a uma diminuição da contração muscular. Este processo, se faz em três etapas: ligação ao terminal nervoso colinérgico, internalização e inibição cálcio-dependente da liberação do neurotransmissor. Desse modo, ocorre o bloqueio quase que completo da ação da acetilcolina, conseqüentemente, ocorre o relaxamento dos músculos estriados do esfíncter esofágico, aliviando os sintomas da doença. **Conclusão:** Nota-se, portanto, que o uso da toxina botulínica pode contribuir para amenizar a sintomatologia resultante da acalasia chagásica. Dessa forma, fica claro que a cascata fisiológica desencadeada pela toxina botulínica visa a contribuir na melhora do quadro do paciente, sendo uma excelente opção terapêutica.

**Descritores:** Acalasia Esofágica. Toxinas Botulínicas Tipo A. Terapêutica

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **FEBRE REUMÁTICA, ASSOCIADA A CARDIOPATIA REUMÁTICA CRÔNICA**

***(Trabalho Premiado P3)***

CATHERINE BEZERRA DANTAS<sup>1</sup>; MARIA CAMILA ALVES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>;  
PAULA CELYANNE DE MELO<sup>1</sup>; VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA<sup>2</sup>

Febre reumática, ou reumatismo infeccioso, é uma doença inflamatória, de caráter autoimune, provocada pela bactéria *Estreptococo* beta-hemolítico do grupo A de Lancefield, a mesma responsável por infecções de garganta e pele. A enfermidade, em geral, se manifesta por volta de sete a 15 dias depois de um episódio infeccioso de faringite ou amidalite com febre. A origem da doença parece estar associada a uma reação cruzada de anticorpos produzidos originalmente contra produtos e estruturas dos estreptococos, concretizando, principalmente, um quadro de cardiopatia reumática. O trabalho objetiva-se em conhecer as características clínicas da febre reumática e os fatores associados. Trata-se de uma revisão da literatura indexada em 2019 por acadêmicos do 3 período de medicina da FAMENE nos bancos de dados SCIELO, BVS, livros texto e portal da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR). A faringite por estreptococos do grupo A é precursora etiológica da febre reumática aguda, embora o hospedeiro e os fatores ambientais sejam importantes. Os fatores de risco genéticos do hospedeiro incluem o D8/antígeno celular 17 B e certos antígenos de histocompatibilidade classe II. Desnutrição, superpopulação e baixas condições socioeconômicas predisõem a infecção estreptocócica e subsequentes episódios de febre reumática. As articulações, o coração, a pele e o SNC são mais frequentemente afetados. Na cardiopatia reumática crônica, podem ocorrer espessamento valvar, fusão e retração ou outra destruição das cúspides, provocando estenose ou insuficiência. Similarmente, os cordões tendinosos podem sofrer encurtamento, espessamento ou fusão, piorando a insuficiência das valvas lesadas ou levando a insuficiência de valvas não afetadas. A dilatação dos anéis valvares também pode provocar regurgitação. O prognóstico depois de um episódio inicial de febre reumática aguda depende principalmente da gravidade com que o coração é afetado, e se existe um episódio recorrente de FRA. Deve-se manter continuamente a profilaxia antiestreptocócica, com a penicilina benzatina, após o episódio inicial da febre reumática aguda para prevenir recorrências. Com a base nas informações obtidas conclui-se que tanto a febre reumática como a cardiopatia reumática crônica são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas.

**DESCRITORES:** Estreptococos. Estreptocócica. Faringoamigdalite

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



# UVEÍTE ANTERIOR CRÔNICA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

ADRIANO MADRUGA SANTANA<sup>1</sup>; ANTÔNIO HELENO DE BRITO NETO<sup>1</sup>;  
ANDRE VICTOR TEXEIRA MUNIZ<sup>1</sup>; ENNIO JAVI SIQUEIRA BARBOSA DINIZ<sup>1</sup>;  
MARIA LEONÍLIA DE ALBUQUERQUE MACHADO DE AMORIM<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A artrite idiopática juvenil (AIJ) é a artropatia crônica mais frequente na infância, caracterizada por inflamação das articulações e comprometimento de outros órgãos. A uveíte anterior é uma das manifestações extra-articulares da AIJ e pode ser crônica ou aguda. Os subtipos que costumam cursar com uveíte anterior crônica (UAC) são: oligoarticular, poliarticular FR negativo e artrite psoriásica. As uveítes anteriores crônicas são caracterizadas pela inflamação do segmento anterior do olho. Hiperemia conjuntival, reação de câmara anterior com células e “flare”, precipitados ceráticos e sinéquias posteriores são sinais que compõem o quadro inflamatório. **OBJETIVO:** O objetivo desse estudo foi relatar um caso de uveíte anterior, demonstrando seus riscos, tratamentos e sua relação com a artrite idiopática juvenil. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por acadêmicos do 1o período de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Esse estudo foi desenvolvido e fundamentado a partir de análises de artigos científicos publicados nos últimos quinze anos nas bases de dados: SCIELO e PUBMED. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Sua incidência é variável, sendo a AIJ responsável, por 1,5% a 5,2% das uveítes na infância. A positividade do anticorpo antinuclear (FAN) é considerada um fator de risco para o desenvolvimento da uveíte crônica. A média da incidência cumulativa de AIJ associada à UAC varia entre 1,4% e 25%, sendo maior em pacientes com FAN positivo (17,7% versus 6,3%). Costuma surgir nos primeiros anos de AIJ e, frequentemente, evolui com comprometimento de ambos os olhos. Estima-se que 11-30% dos pacientes com AIJ associada à uveíte anterior crônica evoluam com complicações sérias e irreversíveis, como catarata (10–84%), ceratopatia em faixa (0-70%), sinéquia posterior, glaucoma (11% a 30%), edema, degeneração cistoide de mácula e cegueira. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Seu diagnóstico é baseado na anamnese completa do paciente, exame ocular minucioso bilateral, avaliação sistêmica e laboratorial pertinente. O exame oftalmológico deve ser realizado em todos os pacientes com AIJ ao diagnóstico e durante o seguimento, a fim de detectar precocemente o quadro de uveíte, que pode ser assintomático. Casos particularmente crônicos podem exigir corticoides sistêmicos como prednisona 1 mg/kg VO uma vez/dia.

**DESCRITORES:** Artrite. Uveíte. Visão

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# O USO DO METOTREXATO NO TRATAMENTO DE DOENÇAS REUMÁTICAS

CAMILLA PEREIRA DARDIS<sup>1</sup>; GABRIELA BEZERRA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; JOSÉ MARCOLINO DA SILVA NETO<sup>1</sup>; LUCAS DANTAS DE VASCONCELOS<sup>1</sup>; SARAH MOREIRA ANDRADE DE PAULA CAVALCANTI<sup>1</sup>; DEIVID ALMEIDA DA COSTA<sup>2</sup>

Doenças reumáticas são, basicamente, distúrbios que apresentam sintomatologia que compromete as articulações, podendo, ou não, afetar outras áreas do corpo, estas podem ter uma etiologia autoimune ou até idiopática, dentre as principais doenças reumáticas estão a Artrite Reumática e a Sarcoidose. O metotrexato (MTX) é um fármaco, derivado do ácido fólico com função antimetabólica, amplamente utilizado de diversas formas, principalmente como quimioterápico e imunossupressor, dependendo da doença que está sendo tratada. Ademais, o principal uso do MTX na reumatologia é na Artrite Reumatóide, funcionando como um medicamento que atinge a maior porção dos distúrbios articulares que estão neste escopo, assim como algumas outras doenças autoimunes. O objetivo deste trabalho é analisar o efeito do metotrexato no tratamento de doenças autoinflamatórias, a fim, também, de entender seu mecanismo de ação de forma mais profunda, assim como seus efeitos adversos. Os trabalhos publicados, relatam a grande importância do Metotrexato para a terapia farmacológica das doenças reumáticas, usualmente, a mais usada, nas quais os melhores resultados podem ser encontrados através de combinações medicamentosas com outros imunossupressores como hidroxiquina, sulfassalazina e fármacos imunobiológicos, aliando-se à habilidade que o MTX possui de aumentar a síntese de adenosina, um nucleosídeo que interage com receptores celulares, principalmente os inflamatórios, os inativando, assim, a droga possui um efeito que impede o desencadeamento do processo autoinflamatório ainda em seu início. Contudo, o MTX possui efeitos indesejados na imunidade do organismo, pois o mesmo diminui a produção de linfócitos T, deixando o corpo quase desprotegido de infecções externas. Além disso, ele age no metabolismo do ácido fólico, inibindo enzimas que são necessárias para seu processamento, impedindo sua utilização, desta forma, o uso deste medicamento deve ser aliado à utilização do ácido fólico suplementar. Assim, mostra-se a suma importância do metotrexato para o tratamento terapêutico-farmacológico na reumatologia, por ser extremamente efetivo em seu impacto no organismo e por ser relativamente de baixo custo, contudo, deve-se atentar para seus efeitos adversos potentes na fisiologia humana.

**DESCRITORES:** Artrite. Metotrexato. Tratamento Farmacológico

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## ALTERAÇÕES ESQUELÉTICAS NA SÍNDROME DE MÓRQUIO

ANTÔNIO CLEMENTINO DE SOUSA NETTO<sup>1</sup>; GABRIELLA VICTÓRIA PEREIRA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; HERLINE CRISTINA LIRA MARTINS<sup>1</sup>; MARIANA CRISTINA DE LIMA COELHO SÁTIRO<sup>1</sup>; PRISCILLA MENDES PINHEIRO GOMES<sup>1</sup>; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI<sup>2</sup>

A Síndrome de Mórquio é uma doença de cunho genético caracterizada pelo osteocondrodistrofia hereditária acometendo em média 1 a cada 40.000 nascidos. Assim, o cruzamento genético, como causa primária patológica, acarreta a deficiência nas enzimas lisossomais galactose-6-fosfatase, as quais são envolvidas no metabolismo dos mucopolissacarídeos. Destarte, essa patologia por se tratar de uma enfermidade, em detrimento de desordens progressivas, envolve vários sistemas. Nesse contexto, através de uma revisão literária, o objetivo desse trabalho é analisar as alterações esqueléticas na Síndrome de Mórquio. Para isso, foram utilizados artigos originais na base de dados Scielo, livros e documentos que elencam sobre o tema trabalhado. Nesse viés, a mesma não possui sintoma neonatal, todavia as alterações clínicas iniciam-se entre 18 e 24 meses apresentando alterações da marcha, posição irregular da perna, deformidade torácica e desaceleração do crescimento. Nesse sentido, características físicas peculiares resultam em um fenótipo tradicional incluindo tronco curto, tórax em quilha, cifose, hiperlordose, escoliose, formação ovóide das vértebras, geno valgo, pé plano valgo bilateral, hiperextensão articular e hipoplasia odontogênica. Por conseguinte, Pectus Carinatum é um defeito ao nível do esterno, que se caracteriza por uma saliência do esterno e costelas; a cifose torácica é a alteração da curvatura para trás no sentido ântero-posterior da região torácica da coluna; a hiperlordose é uma curvatura acentuada da mesma, de modo que há convexidade da curva lombar da coluna vertebral; escoliose, revelada por curvatura anormal da coluna para um dos lados do tronco determinada pela rotação das vértebras; geno valgo caracterizado pela disposição errônea dos joelhos, uma vez que os mesmos apresentam-se voltados para dentro; pés planos valgus, osteopenia onde há o deslizamento medial que objetiva o valgismo retropé. Assim, através dos estudos realizados observou-se que as enzimas galactose-6-fosfatase são capazes de interferir em substâncias específicas do indivíduo, as quais são de extrema importância para confecção biológica homeostática dos tecidos comprometidos, uma vez que na deficiência supracitada há o acúmulo de mucopolissacarídeo. Por tudo isso, a doença não possui cura, não obstante o tratamento direciona-se em torno de fisioterapia, alimentação saudável, osteotomia para correção das deformações ósseas e uso de alfaelossulfase, um medicamento que atua substituindo a função da enzima deficiente.

**Descritores:** Síndrome de Mórquio. Alterações Esqueléticas. Deformidade

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL: CAUSA DE PROBLEMAS SISTÊMICOS

ANA VIRGINIA MELO COELHO<sup>1</sup>; GABRIEL TELES DE SOUZA SIQUEIRA<sup>1</sup>; JOÃO PEDRO MALTA REZENDE DOS SANTOS<sup>1</sup>; MARINA ATAIDE MONTENEGRO<sup>1</sup>; YOLANDA REGIS BRASILEIRO NETA<sup>1</sup>; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A artrite idiopática juvenil (AIJ) faz parte de um grupo de doenças autoimunes que acomete crianças e jovens adultos com quadro inflamatório nas articulações de forma simétrica. Uma outra forma é o envolvimento de determinados anticorpos no sistema imunológico adquirido. Vale salientar que a AIJ não é uma única doença, e sim um termo que engloba todas as formas de artrite que se iniciam antes dos 16 anos, com duração maior que seis semanas e de causa desconhecida. **OBJETIVOS:** O objetivo deste estudo é enfatizar aspectos importantes da caracterização da Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa realizada através de buscas em bases de dados como SCIELO, BVS e PUBMED. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A artrite idiopática juvenil sistêmica difere dos outros subtipos por não ter predominância de sexo ou faixa etária de acometimento, mas é mais frequente entre 1 e 5 anos e rara antes de 1 ano, correspondendo a 10-20% dos casos. O diagnóstico baseia-se em presença de artrite em 1 ou mais articulações, acompanhada ou precedida de febre diária por no mínimo duas semanas (por pelo menos três dias seguidos) e mais um dos seguintes critérios: 1) Exantema evanescente eritematoso não fixo, principalmente durante a febre; 2) Hepato e/ou esplenomegalia; 3) Linfonomegalia generalizada; 4) Serosite. Para o diagnóstico são realizados exames de sangue quanto à presença do fator reumatoide, de anticorpos antinucleares, de anticorpos anti-peptídeos citrulinados anticíclicos e de um determinado antígeno denominado HLA-B27, que estão presentes em algumas pessoas com artrite reumatoide e com doenças autoimunes relacionadas. A abordagem terapêutica envolve uma gama de medicamentos que vão desde o clássico uso de anti-inflamatórios não hormonais (AINES), corticosteroides até medicamentos biológicos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É importante lembrar que a doença acomete diversos sistemas do organismo, o que traz a necessidade de um tratamento multidisciplinar, onde atuam em equipe o pediatra, reumatologista, fisioterapeuta, oftalmologista, ortopedista, psiquiatra além da participação ativa da família do paciente, promovendo troca de informações entre todos os envolvidos e minimizando o impacto da doença.

**Descritores:** Artrite Idiopática Juvenil. Doenças Autoimunes. Tratamento

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **DOENÇA DE BASEDOW-GRAVES E HIPERTIREOIDISMO: COMO AJUDAR?**

DIEGO SOARES DA NOBREGA SILVA<sup>1</sup>; EUGÊNIO VIEIRA DE OLIVEIRA ALMEIDA<sup>1</sup>; ISLÂNIA PACHECO DA SILVA<sup>1</sup>; LÍVIA PONTES AMARO<sup>1</sup>; LUIZ EDUARDO CARREIRA CÂMARA BELTRÃO<sup>1</sup>; JULIANA MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

A Doença de Graves constitui a forma mais comum de hipertireoidismo, na qual anticorpos chamados de imunoglobulinas estimulantes da tireoide (TSIs) se formam contra o receptor de TSH na glândula tireoide. Esses anticorpos se ligam ao mesmo receptor que liga o TSH e induz ativação contínua, tendo efeito estimulatório prolongado sobre a secreção da glândula tireoide. O alto nível de secreção do hormônio tireoidiano, causado pelo TSI, por sua vez, suprime a formação de TSH pela hipófise anterior, portanto, as concentrações de TSH ficam abaixo do normal. O objetivo desse estudo foi demonstrar a importância do tratamento da doença de Basedow-Graves. No aspecto metodológico, o presente trabalho trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de literatura, para isso, foram coletados materiais nas bases de dados: Medline, Scielo, Lilacs, BVS e PUBMED. Em relação aos resultados, discute-se que os sintomas mais recorrentes da doença de Graves consistem em exoftalmia, bócio, estado de excitabilidade, intolerância ao calor, perda de peso, fraqueza muscular, nervosismo ou outros transtornos psíquicos, fadiga extrema e tremor nas mãos. Betabloqueadores, tais como o propranolol ou o metoprolol, ajudam a controlar muitos destes sintomas, diminuindo a frequência cardíaca e reduzindo os tremores e a ansiedade. Os testes da função da tireoide são utilizados para confirmar o diagnóstico. Se houver dúvidas sobre se a doença de Graves é a causa, os médicos verificam a amostra de sangue quanto à presença anticorpos estimulantes da tireoide (TSIs). Conclui-se no estudo que as drogas antitireoidianas continuam como tratamento de primeira escolha em pacientes com doença leve. O metimazol e a propiltiouracila são os medicamentos mais comumente usados. Estes medicamentos são contraindicados a mulheres grávidas pois atravessam a placenta e podem causar bócio ou hipotireoidismo no feto. O iodo radioativo tem sido cada vez mais utilizado, porque é considerado um tratamento seguro, definitivo, e de fácil aplicação, após injetado é absorvido pela tireoide, destruindo a maior parte das células secretoras, até que o estado normal da mesma seja atingido. Já o tratamento cirúrgico tem indicação para os casos em que as terapias anteriores não possam ser utilizadas devido a reações adversas graves aos medicamentos utilizados. Após cirurgia os pacientes passam a ter de receber terapia de reposição do hormônio tireoidiano pelo resto da vida devido a hipotireoidismo.

**Descritores:** Hipertireoidismo. Tireoide. Anticorpo

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# SÍNDROME DE MORQUIO: FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES; GILBERTO RUBENS DE SOUZA COSTA FILHO; JOSELITO DE SOUSA GOMES FILHO; MARINA FALCÃO GURGELL NEVES; MATHEUS EDUARDO SANTOS MADRUGA; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA

**INTRODUÇÃO:** Síndrome de Morquio é uma doença de depósito de mucopolissacarídeos causada pela deficiência de enzimas lisossômicas específicas, resultando no acúmulo de substratos dos glicosaminoglicanos no organismo levando a manifestações clínicas variando de formas graves com rápida progressão. **OBJETIVOS:** Descrever a fisiopatologia da Síndrome de Morquio. **METODOLOGIA:** Revisão bibliográfica realizada a partir de buscas em livros e bases de dados eletrônicas como Scielo e PUBMED. **INTRODUÇÃO: RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A Síndrome de Morquio é caracterizada como uma patologia hereditária que se caracteriza por um transtorno do tecido conjuntivo resultando em um erro congênito do metabolismo dos polissacarídeos. Nesta Síndrome não há uma taxa de incidência confiável, mas as estimativas variam entre 1 para 25.000 e 1 para 300.000 nascimentos, acometendo os sexos igualmente. Logo é uma doença autossômica. Ela ocorre de forma mais comumente em descendentes de pais consanguíneos sadios e heterozigotos. Já os pais sendo normais tendo um filho afetado a probabilidade de ter outro filho afetado são de 25%. Os sintomas apresentados por um indivíduo que apresenta a síndrome de morquio são: troncos e pescoço curtos, aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax, com formato de peito de pombo, genu valgo, pés em adução, não se mantendo por muito tempo em posição ortostática, hiperextensão de punhos e tornozelos, abdome globoso e hepatoesplenomegalia. Ausculta pulmonar e cardíaca, sem alterações. O tratamento é paliativo, ou seja sintomático e de suporte, impedindo que ela se agrave possibilitando que o paciente sobreviva mesmo tendo essa doença. **CONCLUSÃO:** Tratamento de pacientes com mucopolissacaridose IVa ou síndrome de Morquio A, tem como principal o de VIMIZIM™ (alfaelosulfase) que seria uma enzima. Objetivando uma melhoria significativa do paciente em seu quadro gerando uma melhor qualidade de vida. Ao otorrinolaringologista cabe detectar precocemente perdas auditivas, a fim de minimizar as limitações da própria evolução da doença.

**Descritores:** Síndrome de Morquio. Fisiopatologia. Diagnóstico

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## A FACE ANGUSTIANTE DO HIPERTIREOIDISMO

LUIZA CARLA DA CRUZ XAVIER<sup>1</sup>; SUZANNA TAVARES PAULINO<sup>1</sup>; WALERIA PINPER<sup>1</sup>; WLIDIANNE KEYLA DE SOUZA OLIVEIRA<sup>1</sup>; MARIA LEONILIA DE ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

A ação dos hormônios tireoidianos aumenta a atividade metabólica de quase todos os tecidos corporais em atividade normal, e quando secretado em valores elevados, o metabolismo basal pode aumentar de 60 a 100% acima do normal indicando uma hiperfunção, hipertireoidismo. Também chamado de tireotoxicose, o hipertireoidismo é uma condição advinda dos efeitos fisiológicos devido a quantidades excessivas de T3 e T4. Pode ser transitório ou permanente, e as manifestações clínicas variam de acordo com sua gravidade, tomando dimensões não apenas físicas como psicológicas. Dentre as possíveis causas do hipertireoidismo destaca-se a doença de Basedow-Graves, conhecida por doença de graves, que representa 65 a 80% dos casos dessa hiperfunção. No hipertireoidismo a exoftalmia pode aparecer em um terço dos pacientes, mas na síndrome de graves esse número é elevado sendo bastante significativo. A doença é caracterizada pela protrusão dos olhos e a retração das pálpebras superiores. O objetivo desse trabalho é discorrer como as pessoas lidam com a consequente aparência física relacionada ao hipertireoidismo, e como isso pode interferir psicologicamente. O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de literatura. Foram coletados materiais nas bases de dados; Mediline, Scielo, Lilacs, BVC e PUBMED. Através dos estudos realizados, observou-se que devido à alta concentração de T3 e T4, a glândula trabalha excessivamente, liberando altas quantidades desse hormônio, e baixa concentração do TSH. Por um processo de feed back negativo, o TSH é inibido. Diante disso, as imunoglobulinas sanguíneas as quais reagem com os músculos oculares, geram o edema dos tecidos retro-orbitais e alterações nos músculos extraoculares causando a protrusão ocular, conhecida como “olhos saltados”. Outra característica do hipertireoidismo, é a perda de peso, onde os pacientes ficam extremamente magros, por causa do metabolismo alto, que faz com que haja uma queima de gordura extrema. Essas alterações na fisionomia afeta as condições emocionais e psicológicas quanto a autoaceitação diante de uma forte mudança na aparência física na face do indivíduo, e por consequência transtornos psíquicos que podem levar a depressão e dependência emocional. Nessa condição, o tratamento precisa ser além de medicamentoso, terapêutico, o que inclui psicólogos e eventualmente psiquiatras para ajudar e evitar transtornos emocionais diante da insatisfação com a sua imagem corporal.

**DESCRITORES:** Tireoide. Doença De Graves. Hormônios

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# DEPENDÊNCIA QUÍMICA

DANIELL KERVANY LIRA MARREIRO<sup>1</sup>; LAYSE MARIA DE ALMEIDA BEZERRA<sup>1</sup>; LUCAS GUSTAVO DA SILVA BISPO<sup>1</sup>; MARÍLIA MONTINEGRO MEIRA<sup>1</sup>; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A Dependência Química caracteriza-se por ser uma condição psicológica e física ocasionada pelo consumo constante de substâncias psicoativas. O frequente uso desse tipo de droga, afeta o sistema nervoso. Vale ressaltar, que o vício gera mudança brusca na maneira de viver e de se relacionar em sociedade. **OBJETIVOS:** Descrever os processos fisiopatológicos que ocorrem no processo de Dependência Química. **METODOLOGIA:** O nosso trabalho retrata o tema a partir de fonte bibliográfica. **RESULTADOS:** Abordando a questão biológica, vale ressaltar que a dependência química afeta o sistema de recompensa cerebral, responsável pela liberação do neurotransmissor dopamina. Esta substância está contida nos neurônios do segmento ventral e a sua liberação é diretamente responsável pelas principais vias do prazer. No caso apresentado, essa sensação de prazer está diretamente relacionada ao consumo recorrente de drogas. **CONCLUSÃO:** É necessário no processo de recuperação desse indivíduo, que ele se disponha a aceitar o tratamento e conseqüente ocorra uma mudança comportamental progressiva. O usuário deve evitar o consumo de drogas mais leves e bebidas alcoólicas, para que não ocorra uma possível recaída. O acompanhamento psicológico é de extrema importância, para intensificar a assistência ao dependente com relação a ansiedade e oscilações que por ventura venham a ocorrer. Existem diversas clínicas especializadas no tratamento de dependentes químicos. Os CAPS (Centro de Atenção Psico Social) são instituições do governo voltadas para a temática da saúde mental, auxiliando no tratamento através de profissionais capacitados para lidar com esse público-alvo. O acompanhamento psicológico deve vir associado ao tratamento psiquiátrico e farmacológico. De grande importância no âmbito terapêutico está o processo de redução de danos, que busca intervir na perspectiva biológica, social e econômica, mas mantendo a autonomia do paciente que deve ser respeitada. Vale ressaltar que o apoio familiar é imprescindível para que o dependente consiga lidar com as dificuldades do tratamento.

**DESCRITORES:** Dependente Químico. Substâncias Psicoativas. Neurotransmissor Dopamina

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## **HIPERTIREOIDISMO: EXAME DE REFLEXO OSTEOTENDINOSO**

ANA CAROLINA DE SOUSA BARBOSA LEITE<sup>1</sup>; CAIO ENZO MATOS DE ALENCAR<sup>1</sup>; EDUARDO HENRIQUE DE ARAUJO LINO JUNIOR<sup>1</sup>; GIULIANNA MARIA MONTENEGRO PIRES DANTAS<sup>1</sup>; HENRIQUE SANTOS TENTI<sup>1</sup>; MARIA LEONILIA DE ALBUQUERQUE AMORIM<sup>2</sup>

De acordo com o caso clínico estudado, vê-se uma curiosidade ligada ao fato de existir miopatias atreladas ao hipertireoidismo, sendo esse assunto pouco abordado pela comunidade médica, uma vez que não é usual surgir pacientes com essas características, mas que, de acordo com a pesquisa feita pelo Hospital Universitário Onofre Lopes em Natal, 67% dos indivíduos estudados com hipertireoidismo apresentaram alguma queixa muscular. No intuito de destrinchar essa afirmação, foi analisado por meio de uma revisão bibliográfica, na qual foi coletado materiais nos sites do Scielo, MEDLINE e BVS, o exame de reflexos tendinosos citado no caso clínico em que é utilizado para comprovar se os hormônios tireoidianos agem na permeabilidade da membrana plasmática, de maneira que se sabe que esses hormônios influenciam na demasiada abertura dos canais de cálcio nos retículos sarcoplasmáticos do músculo, por conseguinte se espera detectar uma resposta de aumento na contração muscular no caso de pacientes com hipertireoidismo. Além disso, há conhecimento de que o próprio hormônio tireoidiano está relacionado à regulação da proliferação e maturação de miócitos e quando há hipertireoidismo pode haver consequente redução da massa muscular e da quantidade de CPK. Nesse contexto, esse exame consiste em utilizar um martelo de percussão para provocar um estiramento seja de um músculo ou de um tendão, havendo uma avaliação do médico que compara um lado assintomático com o que sofreu alguma disfunção muscular. Dessa forma, após analisar o caso clínico comprovou-se que não houve a presença de nenhuma indicação de problemas musculares utilizando o método do exame de reflexos tendinosos, de maneira que se pode concluir que nem todos os indivíduos portadores de hipertireoidismo apresenta algum tipo de miopatia, pois não é algo muito comum e por mais que haja queixa de diversos pacientes com hipertireoidismo de dores musculares, não significa que houve alguma interferência dos hormônios da tireoide no músculo.

**DESCRITORES:** Reflexo. Hipertireoidismo. Músculos

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **ALTERAÇÕES ESQUELÉTICAS NA SÍNDROME DE MÓRQUIO**

ANTÔNIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO<sup>1</sup>; GABRIELLA VICTÓRIA PEREIRA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; HERLINE CRISTINA LIRA MARTINS<sup>1</sup>; MARI PRISCILLA MENDES PINHEIRO GOMES<sup>1</sup>; ANA CRISTINA DE LIMA COELHO SÁTIRO<sup>1</sup>; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI<sup>2</sup>

A Síndrome de Mórquio é uma doença de cunho genético caracterizada pelo osteocondrodistrofia hereditária acometendo em média 1 a cada 40.000 nascidos. Assim, o cruzamento genético, como causa primária patológica, acarreta a deficiência nas enzimas lisossomais galactose-6-fosfatase, as quais são envolvidas no metabolismo dos mucopolissacarídeos. Destarte, essa patologia por se tratar de uma enfermidade, em detrimento de desordens progressivas, envolve vários sistemas. Nesse contexto, através de uma revisão literária, o objetivo desse trabalho é analisar as alterações esqueléticas na Síndrome de Mórquio. Para isso, foram utilizados artigos originais na base de dados Scielo, livros e documentos que elencam sobre o tema trabalhado. Nesse viés, a mesma não possui sintoma neonatal, todavia as alterações clínicas iniciam-se entre 18 e 24 meses apresentando alterações da marcha, posição irregular da perna, deformidade torácica e desaceleração do crescimento. Nesse sentido, características físicas peculiares resultam em um fenótipo tradicional incluindo tronco curto, tórax em quilha, cifose, hiperlordose, escoliose, formação ovóide das vértebras, geno valgo, pé plano valgo bilateral, hiperextensão articular e hipoplasia odontogênica. Por conseguinte, Pectus Carinatum é um defeito ao nível do esterno, que se caracteriza por uma saliência do esterno e costelas; a cifose torácica é a alteração da curvatura para trás no sentido ântero-posterior da região torácica da coluna; a hiperlordose é uma curvatura acentuada da mesma, de modo que há convexidade da curva lombar da coluna vertebral; escoliose, revelada por curvatura anormal da coluna para um dos lados do tronco determinada pela rotação das vértebras; geno valgo caracterizado pela disposição errônea dos joelhos, uma vez que os mesmos apresentam-se voltados para dentro; pés planos valgus, osteopenia onde há o deslizamento medial que objetiva o valgismo retropé. Assim, através dos estudos realizados observou-se que as enzimas galactose-6-fosfatase são capazes de interferir em substâncias específicas do indivíduo, as quais são de extrema importância para confecção biológica homeostática dos tecidos comprometidos, uma vez que na deficiência supracitada há o acúmulo de mucopolissacarídeo. Por tudo isso, a doença não possui cura, não obstante o tratamento direciona-se em torno de fisioterapia, alimentação saudável, osteotomia para correção das deformações ósseas e uso de alfaelossulfase, um medicamento que atua substituindo a função da enzima deficiente.

**DESCRITORES:** Síndrome de Mórquio. Alterações esqueléticas. Deformidade

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# REVISÃO SISTEMÁTICA DA RESPOSTA HIPERTIREOIDEANA

JÚNIA TORRES RODRIGUES FERNANDES<sup>1</sup>; LOUISE MARIE LIMA DE CARVALHO<sup>1</sup>; SAMARA UENIA NOBRE CARNEIRO<sup>1</sup>; THAYANE DAYSE SOARES DE ALMEIDA<sup>1</sup>; ANA KARINA HOLANDA LEITE MAIA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A principal causa do hipertireoidismo é a Doença de Graves, caracterizada por uma penetração linfocitária na glândula tireoide, ativando o sistema imune, que eleva os linfócitos T circulantes, fazendo com que apareçam autoanticorpos que se ligam ao receptor do TSH, estimulando o aumento difuso da glândula e está associada à alta produção dos seus hormônios: T3 e T4. Têm-se alguns métodos de tratamento, como a cirurgia e procedimentos com iodo radioativo. Utiliza-se esse último na maioria dos tratamentos, que é o controle por meio da inibição da síntese hormonal com drogas antitireoidianas na destruição de tecido tireoideano, já que produz uma fibrose intersticial e atrofia glandular, havendo uma disfunção da síntese da tireoide. Outra alternativa para o combate é o procedimento cirúrgico. **OBJETIVO:** Visa abordar o diagnóstico e tratamento dos pacientes com Doença de Graves, sendo a forma mais recorrente de hipertireoidismo. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma intensa pesquisa bibliográfica nas bases de dados: Pubmed, Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde para elencar os aspectos e impactos do Hipertireoidismo. **RESULTADOS:** Os estudos evidenciam a ocorrência de 0,5/1000 indivíduos ao ano com risco calculado de 1% e 5% em homens e mulheres, respectivamente, desenvolverem hipertireoidismo em alguma fase da vida. Afetando, principalmente, mulheres entre 40-60 anos. A sobrecarga hormonal pode desencadear complicações críticas, como arritmias, cardiomiopatia e insuficiência cardíaca congestiva. Tem associação com a elevação da reabsorção óssea, aumento da excreção de cálcio e fósforo nas fezes e urina, e, conseqüente, queda na densidade mineral óssea. Dados apontam que ¼ da população brasileira com hipertireoidismo não a trata ou o faz de forma inadequada e 4,7 milhões de brasileiros acima dos 35 anos estão nessa situação. O indivíduo com suspeita de DG deve ser submetido a anamnese e exame físico cuidadosos. As manifestações estão ligadas ao aumento do apetite, irritabilidade, arritmia, insônia, perda de cabelo, entre outras. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A Doença de Graves é autoimune e muito frequente. A identificação precoce diminui o desenvolvimento de complicações e o tratamento desencadeia o controle da doença, na maioria dos casos. Entretanto, mais estudos são necessários para tomar conhecimento dos processos imunológicos dessa doença e, conseqüentemente, desenvolver métodos mais precisos e tratamentos mais eficazes.

**DESCRITORES:** Doença de Graves. Hipertireoidismo. Iodo Radioativo

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# ENDOCARDITE POR DROGAS INJETÁVEIS: CONHECER PARA EVITAR DANOS

CAMILLA NOBREGA ROLIM<sup>1</sup>; ESMÊNIA MARIA BRASILEIRA DA SILVEIRA<sup>1</sup>; SAYONARA BRUNA MESQUITA<sup>1</sup>; JULIANA MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

As drogas podem ser ingeridas, fumadas, inaladas pelo nariz como pó (aspiradas) ou injetadas. A via endovenosa é empregada pelos viciados em cocaína e heroína por produzir efeitos mais rápidos e mais intensos. A infecção das válvulas cardíacas (endocardite) é uma consequência séria e comum da injeção de drogas contaminadas com bactérias, ou do uso de agulhas sujas. À medida que as injeções se repetem em um mesmo local, a pele e os tecidos circunjacentes se tornam mais susceptíveis a esta infecção, sendo o patógeno *Staphylococcus aureus* o mais encontrado. O compartilhamento de seringas contaminadas pelo uso do psicoativo é muito frequente aumentando o risco de contrair Endocardite Infecciosa. Além do risco de contaminação no uso da droga sob forma endovenosa através da reutilização de seringas, o usuário se expõe a várias situações comportamentais de risco. Dentre estas, incluem-se: prática de sexo não seguro, múltiplos parceiros, violência sexual, ou troca de sexo por drogas. A endocardite infecciosa acomete mais comumente a as valvas tricúspide e/ou pulmonar em usuário de drogas endovenosas. O ecocardiograma transtorácico (ETT) e o transesofágico (ETE) são de extrema importância para o diagnóstico, prognóstico, avaliação de complicações e para o seguimento dos pacientes com EI. O tratamento clínico com o surgimento de novos antibióticos cada vez mais eficazes têm permitido a cura da endocardite com ou sem o tratamento cirúrgico associado. A indicação cirúrgica se baseará em todos esses exames, e a falha no tratamento, a septicemia, a embolia, o aparecimento de disfunções valvares ou protéticas e a insuficiência cardíaca. A estratégia que prevalece no Brasil é a de Programas e Projetos de Redução de Danos (PRD) que consistem num grupo de ações desenvolvidas em campo, por agentes comunitários de saúde especialmente treinados e denominados “Redutores de Danos”, que incluem troca e distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação (IEC), aconselhamento, encaminhamento aos equipamentos de saúde e vacinação contra hepatite B.

**DESCRITORES:** Drogas Injetáveis. Endocardite. Drogas

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **O USO DO DIAZEPAM NO TRATAMENTO EMERGENCIAL DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

LORENA AGRA DA CUNHA LIMA<sup>1</sup>; LUCAS ROCHA DE LIMA<sup>1</sup>; MANUEL GARCES MARINHO<sup>1</sup>; MÁRIO LUIZ CABRAL MACIEL<sup>1</sup>; MELISSA RÉGIS LUCENA ARAUJO<sup>1</sup>; DEIVID ALMEIDA DA COSTA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** Os problemas relacionados ao uso de álcool e drogas nas salas de emergências são uma realidade da sociedade. Os usuários de substâncias capazes de alterar os estados da mente, ao tentarem largar o vício, ficam vulneráveis a síndrome de abstinência. O Diazepam, junto com o bromazepam, clobazam, clonazepam, faz parte de um grupo de medicamentos intitulados benzodiazepínicos. Esses fármacos, ficaram muito famosos por sua ampla e rápida absorção pelo trato intestinal. No organismo agem como anticonvulsivantes, estabilizadores do humor, ansiolíticos, relaxantes musculares e hipnóticos. Em pacientes que sofrem de abstinência o Diazepam vem sendo muito utilizado por causa das suas ações farmacológicas. **OBJETIVO:** O objetivo desse trabalho é identificar o mecanismo de ação do Diazepam, e como ele atua nos pacientes que sofrem pela síndrome de abstinência do álcool (SAA). **METODOLOGIA:** Trata-se de uma breve revisão bibliográfica, baseada em consultas em livros, bem como análise de artigos científicos obtidos das bases de dados LILACS e SCIELO. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Dentre os psicofármacos utilizados os benzodiazepínicos são a medicação de primeira escolha. O Diazepam, assim como outros benzodiazepínicos, atua nos receptores gabaérgicos, aumentando a afinidade dos mesmos pelo neurotransmissor GABA. Resultando em aumento da resposta sináptica inibitória no SNC, desencadeada pela entrada de íons cloreto na célula nervosa. Agindo como um “freio” nos neurotransmissores da cocaína, diminuindo o incontrolável desejo pela droga. **CONCLUSÕES FINAIS:** O fármaco causa uma leve sedação aliviando parcialmente os sintomas e expõe o paciente ao risco de convulsões e delirium tremens. A compreensão do que ocorre com os usuários é fundamental para a avaliação do caso e da maneira como cada paciente deve prosseguir. O paciente bem instruído, com quadro de abstinência leve ou moderada, sem complicações associadas e possuidor de bom aporte social, pode ser tratado ambulatorialmente. Após o controle dos sintomas, retira-se a medicação gradualmente ao longo de uma semana e se estende a tratamentos psicológicos, sendo associados ou não a outros medicamentos. Visto tais fatos, conclui-se que o Diazepam, por bloquear os receptores de endorfina e produzir um efeito tranquilizante, controla as crises de ansiedade e age como uma barreira, junto com outros psicotrópicos, para controlar os surtos das crises de abstinência do paciente.

**DESCRITORES:** Abstinência. Álcool. Diazepam

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS**

BIANCA SILVA CAVALCANTE<sup>1</sup>; DARYEL CARVALHO DOS SANTOS<sup>1</sup>;  
MARIANA TOMAZ DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** a artrite idiopática juvenil trata-se de uma doença inflamatória crônica que compromete articulações e também outros órgãos, como pele, olhos e coração. Suas características têm início antes dos 17 anos e manifesta-se clinicamente através da artrite, caracterizada por dor e aumento do volume de uma ou mais articulações, fraqueza e febre alta recorrente. Com causa exata desconhecida, os fatores imunológicos, genéticos e infecciosos podem estar relacionados. A doença pode se manifestar de diversas formas, as maneiras mais comuns são oligoarticular, poliarticular e sistêmica. **OBJETIVO:** descrever a artrite idiopática juvenil por meio dos seus sinais e sintomas. **METODOLOGIA:** trata-se de um trabalho bibliográfico, o qual segundo (GIL,2002) é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** os sinais e sintomas apresentados em portadores da artrite idiopática juvenil, estão relacionados ao quadro de inflamação crônica das articulações, visto que está é a principal consequência dos distúrbios que levam o paciente a tal condição. Entre eles percebe-se edemas, aumento de volume das articulações decorrente das inflamações, assim como também de articulações menores, como das mãos, pés e temporomandibulares, além de dificuldades na movimentação, fraqueza, incapacidade na mobilização das articulações, rigidez, febre alta que geralmente é recorrente, dores prolongadas e de forma irregular, entre outros, sendo cada um importante para se chegar ao diagnóstico, que deve ser o mais precoce possível. **CONCLUSÃO:** Partindo do pressuposto de que não existe exame específico para tal patologia, os sinais e sintomas merecem atenção redobrada do médico, para que se chegue ao diagnóstico exato e a doença não evolua para formas mais graves, sendo indispensável o auxílio do médico especialista, o reumatologista, por ser um tratamento longo que deve ser feito de maneira cuidadosa, levando em consideração os seus diferentes aspectos fisiopatológicos e as implicações que isso pode acarretar.

**DESCRITORES:** Artrite Idiopática Juvenil. Sinais. Sintomas

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO DEPENDENTE QUÍMICO DE COCAÍNA

ALLANA VICTORIA PEREIRA ALVES<sup>1</sup>; LUANA LHAIS MENDONÇA BERNARDO CALLOU<sup>1</sup>; RAFAELA DE ALMEIDA GOBIRA DA COSTA<sup>1</sup>; RAYANNE BARBOSA ANACLETO DE ARRUDA<sup>1</sup>; DEIVID ALMEIDA DA COSTA<sup>2</sup>

O uso de benzoimetilcgonina também conhecida como cocaína é um problema de saúde pública. O seu mecanismo de ação é de superestimulação no sistema nervoso central (SNC), impedindo a recaptação da dopamina, bem como aumentando a sua produção. Nesse sentido, a droga causa uma alta descarga no sistema dopaminérgico, o que leva ao usuário ao craving. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o craving é o desejo de repetir a experiência em função dos efeitos sentidos, no caso do usuário da cocaína, a grande euforia e autoconfiança despertada pela grande quantidade de dopamina na fenda sináptica. Este trabalho é uma revisão da literatura com o objetivo descrever os aspectos toxicológicos e fisiológicos da cocaína e ainda, expor os tratamentos medicamentosos possíveis aos dependentes químicos. Nesse viés, foram utilizadas informações extraídas de bases de dados nacionais e internacionais. O tratamento farmacológico ainda não é completamente estabelecido, mas algumas classes medicamentosas estão sendo utilizadas e estudadas, como anticonvulsivantes por meio do Topiramato que tem se apresentado como um fármaco promissor, ansiolíticos como Diazepam que atua na via gabaérgica, antidepressivos como desipramina essencial para a melhora do humor e agentes gabaérgicos como a tiagabina. Nesse sentido, ainda não se tem um fármaco ou classe medicamentosa específica que atue no craving e aos agravos estabelecidos pelo abuso da cocaína, uma vez que esse descontrola diversas vias do sistema nervoso. A partir disso, a intervenção medicamentosa serve como um auxiliar para controlar a dependência de cocaína, devendo ser associado a tratamentos não medicamentoso, como a terapia. Dessa forma, buscando tratar desde o gatilho até o auxílio farmacológico durante o craving e, assim, evitando todos os efeitos causados por seu uso frequente e abusivo. Ademais, convém ressaltar que, faz-se necessário também expandir os estudos que objetivem esclarecer a relação entre os fármacos e a sua eficácia nos tratamentos, além de evidenciarem seus efeitos no corpo humano, uma vez que há uma escassez no que se refere a eficácia comprovada cientificamente de medicamentos para uso no tratamento de usuários de cocaína.

**DESCRITORES:** Cocaína. Tratamento. Dependência

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## USO DE DROGAS PSICOATIVAS: O QUE SABER?

FERNANDO WANDERLEY XAVIER<sup>1</sup>; LEE ZANDRA TAVARES LEITE<sup>1</sup>; LETÍCIA QUEIROZ DE ALMEIDA MACIEL<sup>1</sup>; LUCAS FERREIRA NERY SANTIAGO<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA RIBEIRO COUTINHO DA FRANCA PEREIRA<sup>1</sup>; JULIANA MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

**Introdução:** A dependência química de substâncias psicoativas tornou-se um grave problema de ordem social, não somente em função de sua alta frequência, mas principalmente pelas consequências prejudiciais à saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, para a sociedade. Um fator determinante para indiciar o uso de drogas, pode estar relacionado com problemas emocionais que aparentemente não tem resolução. As substâncias psicoativas causam transtornos metabólicos, fisiológicos, cerebrais e psíquicos, devido ao estímulo exacerbado dos neurotransmissores, provocando taquicardia, hipertensão, tiques, desartria, sudorese excessiva, perda de peso, espasmos musculares, delírio, depressão e ansiedade. As sensações causadas pela droga satisfazem certas necessidades ou aspirações do indivíduo, compelindo-o a usá-la com frequência. Além de mudanças cerebrais irreversíveis, os problemas físicos, familiares e profissionais, demandam de um tratamento abrangente com atuação de uma equipe multidisciplinar. Durante o tratamento, o dependente apresenta a síndrome de abstinência que representa um conjunto de sinais ou sintomas fisiopatológicos, provocados pela suspensão de substâncias que atuam no Sistema Nervoso Central, alterando a forma do indivíduo pensar, agir ou sentir, provocando mal-estar, tais como: intensa ansiedade, insônia, hipersensibilidade à dor, febres, câibras abdominais, náuseas, vômitos e diarreia. Essa sensação de mal-estar pode ser aliviada rapidamente com uma nova dose da droga.

**Objetivo:** Informar a sociedade sobre o uso de drogas psicoativas, suas consequências e tratamento. **Metodologia:** O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão de literatura. **Resultado e discussão:** Um dos fatores preocupantes nos usuários de drogas é o índice de maior procura ou uso das substâncias psicoativas, frequentemente experimentadas na adolescência, período marcado por intensas modificações de natureza biopsicossocial. Durante o tratamento não se pode desprezar os riscos de abstinência, verifica-se assim, a importância de fármacos no tratamento da doença, decorrente do quadro depressivo, após efeitos euforizantes, desencadeado pelo desejo de consumir as drogas, bem como, o apoio psicossocial, mostrando um acolhimento do paciente e de seus familiares. **Conclusão:** É de fundamental esclarecer a sociedade que o uso de drogas psicoativas, como transformação instantânea da realidade, reforça uma relação de dependência e as consequências desse vício.

**DESCRITORES:** Abstinência. Drogas. Psicoativas

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## **DESAFIOS DA SINDROME DE ABSTINÊNCIA DA COCAÍNA**

DAYANNA JOYCE DE LACERDA FERREIRA<sup>1</sup>; FLÁVIA LEAL BEZERRA FARIAS DE LIMA<sup>1</sup>; SIBELY COELHO URBANO PEREIRA<sup>1</sup>; WÂNIA CRISTINA MORAES DE MACEDO<sup>1</sup>; MARINA TAVARES COSTA NÓBREGA<sup>2</sup>

O número de usuários de drogas ilícitas vem crescendo assustadoramente ao longo dos anos. Pesquisa realizada nas universidades brasileiras destacou que 49% dos universitários, utilizaram drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida. A facilidade e o acesso às drogas vêm causando preocupação entre as famílias brasileiras, sendo a cocaína uma das drogas estimulante bastante procurada pelos jovens e que causa dependência rapidamente, provocando problemas sociais, comportamentais e de saúde. Deixar o vício é algo muito difícil, porque é necessário que haja o desejo do indivíduo e por isso o tratamento se torna algo complexo e envolve toda a família no processo de recuperação, trata-se de um período conflituoso, com muitas recaídas, momentos de tristeza e ansiedade e que nem sempre se obtém o sucesso. Após observarmos o número crescente de usuários de drogas nas universidades, buscamos nesse estudo identificar os principais desafios encontrados pelos usuários de cocaína na síndrome da abstinência. Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica, a partir de artigos das bases de dados do Scielo e BVS, ao todo, foram utilizados 10 artigos científicos. Pudemos perceber que muitos são os desafios que um dependente de cocaína enfrenta, dentre eles, o isolamento social, a adonia, a depressão, o abandono, a perda da liberdade, entre outros. Tornando-se um grande problema de saúde pública. Os tratamentos farmacológicos raramente têm sucesso na síndrome de abstinência à cocaína, sendo a abordagem terapêutica mais indicada, a terapia cognitiva-comportamental, na tentativa de trazer uma mudança no estilo de vida do usuário e sua família. Sendo assim, o ideal é a prevenção, pois, o uso dessas substâncias causa dependência muito rápida, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldade em deixar o vício, gerando uma vida de angústias e frustrações. Por isso a prevenção é a melhor maneira de se evitar as consequências do uso da cocaína.

**DESCRITORES:** Dependência Química. Cocaína. Tratamento

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## SÍNDROME DE MORQUIO: CASO CLINICO

LIVIA DE SIQUEIRA MONTENEGRO<sup>1</sup>; MARIANA DE MORAES CÉSAR<sup>1</sup>;  
TAYNÁ VIEGAS ALBINO<sup>1</sup>; ANA KARINA HOLANDA LEITE MAIA<sup>2</sup>

As mucopolissacaridoses ocorrem pela deficiência de uma das onze enzimas lisossomais, responsáveis pela deterioração dos glicosaminoglicanos, por um erro inato do metabolismo, causando falha congênita de caráter progressivo e hereditário. É transmitida de forma autossômica recessiva, ocasionando principalmente em filhos de casais heterozigotos e consanguíneos acometendo ambos os sexos. Essa patologia designa de uma coletividade de doenças raras caracterizada pela inexistência ou diminuição de proteínas necessárias para o metabolismo dos glicosaminoglicanos a nível lisossomal. Esses mucopolissacarídeos não degradados são acumulados no interior das células, originando aumento celular e alteração nas suas funções. A metodologia deste estudo trata-se da análise e reflexão de caso clínico por meio de sites acadêmicos e literatura de livros a respeito da Síndrome de Mórquio, discutida durante Tutoria por discentes do primeiro período do curso de medicina, orientados por tutora durante o mês de agosto de 2019. A síndrome de Mórquio é uma polissacaridose do tipo IV havendo dois tipos distintos da Síndrome de Mórquio: do tipo A, o portador não possui a enzima galactosamina-G-sulfatase que é o tipo mais comum e severa. A do tipo B, o indivíduo não produz a enzima beta-galactosidase em quantidade suficiente sendo este o tipo mais raro apresentando sintomas mais brandos. O caso clínico refere-se ao paciente A.C de sexo masculino, 8 anos, levado ao ambulatório da Atenção Básica, apresentando retardo no crescimento, deformidades esqueléticas, problemas auditivos além de cansaço ao caminhar. Criança nascida de parto normal que nunca havia realizado consulta médica, possui 9 irmãos e pais consanguíneos. Vale ressaltar que o paciente possui primos com as mesmas características físicas e histórico de óbito na família: irmão aos 20 anos e prima aos 25 anos, ambos com complicações respiratórias. No exame físico constatou-se eplantura de 85 cm e 18 kg, alto diâmetro anteroposterior do tórax (peito de pombo), abdômen globoso, hepatoesplenamegalia, joelhos genu valgo, pés em adução, incapacidade de ortostatismo, perda auditiva, opacificação da córnea e sopros cardíacos. Diante do analisado constata-se o diagnóstico de Síndrome de Mórquio. O tratamento é paliativo com reposição enzimática elosulfato alfa, que quebram glicosaminoglicanos eliminando seu excesso. Essa enzima substitui a enzima ausente ou insuficiente, a N-acetilgalactosamina- 6- sulfase, melhorando a capacidade de caminhar e os sintomas da Síndrome. Conclui-se que há necessidade de detecção precoce da doença para garantir um prognóstico favorável através da estabilidade e melhora da qualidade de vida do acometido.

**DESCRITORES:** Mucopolissacaridose. Glicosaminoglicanos. Beta-galactosidase

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL: O USO DE METOTREXATO E ÁCIDO FÓLICO COMO SUPORTE FARMACOLÓGICO

ALINE LUCHESI PALMA<sup>1</sup>; LAISSA NAGAUMI GURGEL<sup>1</sup>; RAFAELLA RIBEIRO FALCÃO FERNANDES<sup>1</sup>; RAYSSA ALMEIDA SAMPAIO<sup>1</sup>; JULIANA MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) de caráter crônico possui como manifestação clínica a inflamação constante das articulações impondo condição dificultosa para a realização de movimentos. A dor articular é o principal componente sintomatológico da doença além de possuir edema, febre e marcha claudicante como sinais característicos. O quadro descrito tem início antes dos 16 anos e sua causa e remissão ainda são desconhecidas. O tratamento é de intenção paliativa e direcionado a evitar a progressão da doença, o qual inicialmente consiste na administração de anti-inflamatórios não-hormonais. Porém, em caso de inflamação persistente, medicamentos de segunda linha de tratamento são acrescentados gradualmente como forma de suporte farmacológico, entre eles, a droga mais utilizada e de maior eficácia é o metotrexato. Sua posologia orienta o uso do medicamento uma vez por semana via oral ou parenteral subcutânea sendo 7,5 mg em dose única ou dividida: 2,5 mg a cada 8 horas. Seu mecanismo de ação confere inibição da enzima di-hidrofolato redutase que atua na síntese de DNA, ou seja, o metotrexato interfere na fase S da divisão celular (fase de produção do material genético) comprometendo, assim, a reprodução celular. A sensibilidade ao fármaco é maior em tecidos ativamente proliferativos como as mucosas bucais e gastrointestinais e a medula óssea (local de produção das hemácias e das células de defesa pró-inflamatórias). Através desse padrão de atuação a resposta inflamatória é reduzida nas articulações. Os efeitos colaterais presentes do uso de metotrexato consiste em estomatite, vômito, úlceras gastrointestinais, anemia etc. Dessa forma, a fim de reduzir os efeitos colaterais do metotrexato auxiliando ao paciente na adesão ao tratamento, recomenda-se o uso de ácido fólico (vitamina B9) que funciona como co-fator para as enzimas implicadas na reprodução celular e na produção de novos glóbulos vermelhos. O ácido fólico precisa ser reduzido em tetra-hidrofolato, sua forma funcional. Tal conversão se dá pela enzima di-hidrofolato redutase, a mesma enzima que possui afinidade pelo metotrexato. Por conseguinte, a redução dos efeitos colaterais do tratamento consistirá num mecanismo de competição entre o metotrexato e o ácido fólico. Uma pesquisa realizada pela Cochrane Collaboration constatou que 84 em cada 100 pessoas que tomaram metotrexato combinado com o ácido fólico não desenvolveram feridas ou úlceras na boca.

**DESCRITORES:** Artrite. Ácido Fólico. Metotrexato

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **SINDROME SIMPATICOMIMÉTICA: CAUSAS E EFEITOS**

ADIANE MARIA CUNHA GUEDES E SILVA<sup>1</sup>; DAYANA GLÓRIA MARINHO VIEGAS<sup>1</sup>; LÍGIA DENNIERY PEREIRA FRADE<sup>1</sup>; WLLIANE SILVA SOARES<sup>1</sup>; ANA KARINA HOLANDA LEITE MAIA<sup>2</sup>

O consumo excessivo de álcool e drogas em geral, constituem um grave problema de saúde pública entre os jovens e adolescentes. Esse quadro prejudica drasticamente a saúde física e mental, sendo estes resultados de uma sociedade que vive sem valores concretos, sob o estresse e ansiedade, sintomas depressivos e baixa autoestima. Decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas pode se instalar um quadro de intoxicações conhecido como síndrome simpaticomimética, que é um quadro de emergência ou de urgência que leva à excitação do sistema nervoso central. A forma adrenérgica da síndrome, em diferentes graus de intensidade, geralmente é causada por abuso de: anfetaminas, cocaína, crack, ácido lisérgico (LSD), cafeína, teofilina. O estudo apresentado trata-se de uma revisão bibliográfica na qual foram utilizados artigos originais da base de dados Scielo, livros e documentos que discorrem sobre o tema abordado referente ao projeto de tutoria realizado pelos alunos do primeiro período da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), no qual aborda o desenvolvimento do tratamento e recuperação do caso. Problemas causados pela bebida alcoólica afetam o sistema nervoso, provocando entre outros efeitos, a amnésia. Nas síndromes alcoólicas, encontram-se quase todas as patologias psiquiátricas: estados de euforia patológica, depressão, estados de ansiedade na abstinência, delírios e alucinações, perda de memória e comportamento desajustado. Seu consumo em altas doses pode afetar quase todos os sistemas orgânicos, tais como alterações no sistema cardiovascular, sistema gastrointestinal, bem como problemas respiratórios. Dessa forma, é necessário que haja uma intervenção de emergência, uma vez que a integridade física e mental do paciente apresenta riscos. Ademais, a intervenção medicamentosa e psicológica são partes fundamentais para o êxito da terapêutica, bem como apoio familiar durante todas as fases do tratamento.

**DESCRITORES:** Alcoolismo. Drogas. Dependência Química

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **DOENÇA DE GRAVES: PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS**

ISABELA GUIMARÃES FEITOSA BARBOSA<sup>1</sup>; JUDÁ ISRAEL DOS SANTOS SOUZA<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA FRANÇA<sup>1</sup>; THIAGO HERCÍLIO MAIA DA SILVA<sup>1</sup>; IDELTÔNIO JOSÉ FEITOSA BARBOSA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** O hipertireoidismo tem como sua causa mais comum a doença Graves (DG), que representa a grande maioria dos casos e foi descrita por Robert Graves em 1835. A Doença de Graves é autoimune, sendo, portanto, caracterizada por uma desordem no sistema imunológico, através da qual o organismo produz anticorpos para combater antígenos que até então não eram considerados estranhos ao corpo. Um indivíduo que apresenta a enfermidade tem parte majoritária dos sinais e sintomas relacionados ao aumento do metabolismo, uma vez que o hipertireoidismo se caracteriza pelas altas concentrações de T3 e T4 no sangue, hormônios responsáveis pela manutenção do metabolismo corporal. **OBJETIVO:** O objetivo do presente trabalho consiste em descrever os principais sinais e sintomas associados à DG. **METODOLOGIA:** Trata-se, pois, de um trabalho de cunho bibliográfico que pretende descrever, à luz da literatura, os principais sinais e sintomas associados à Doença de Graves. **RESULTADOS:** Entre os principais sinais e sintomas estão: bócio difuso, exoftalmia, dificuldade de movimentação ocular, dor retroorbital, diplopia, nervosismo, tremores finos de extremidade, taquicardia, sudorese excessiva e emagrecimento com preservação do apetite. Além disso, o indivíduo pode apresentar unhas de Plummer, sinal bastante indicativo de possível problema hormonal. Os sintomas da doença geralmente se desenvolvem devagar e progridem gradualmente, podendo trazer sérios problemas à qualidade de vida do paciente. Na análise dos exames laboratoriais, os níveis de TSH se apresentam baixos, uma vez que as concentrações de T3 e T4 estão exacerbadas (mecanismo controlado por meio do feedback negativo). É importante ressaltar que as informações referentes aos níveis séricos de TSH e de anticorpos atuantes na tireoide juntamente com a presença da oftalmopatologia de Graves e o bócio difuso são sinais norteadores para a definição do diagnóstico da DG pelo médico. Quanto à avaliação histopatológica da doença, caracteriza-se pela hiperplasia folicular, infiltração linfocítica (multifocal) e raros centros germinativos linfóides. **CONCLUSÃO:** O tratamento se baseia no uso de medicações antitireoidianas, como Metimazol ou Propiltiouracil, as quais reduzirão a produção de hormônios da tireoide e dos anticorpos que atacam essa glândula. Ademais, o iodo radioativo também pode ser usado ou, ainda, pode-se fazer um processo cirúrgico para remover parte da glândula. Por fim, é imprescindível que associado a isso, o indivíduo tenha hábitos saudáveis, praticando atividades físicas regularmente e mantendo alimentação equilibrada a fim de obter um prognóstico positivo para a evolução da doença.

**DESCRITORES:** Hipertireoidismo. Doença de Graves. Tireoide

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## DOENÇA DE GRAVES: CASO CLÍNICO

CATARINE SANTOS ROCHA<sup>1</sup>; FRANCISCO JOSÉ DE OLIVEIRA SANTOS NETO<sup>1</sup>; FRANÇUELDA PEREIRA DA NÓBREGA<sup>1</sup>; MARIA EPIFÂNIA SOARES DE LIMA ROCHA<sup>1</sup>; ANA KARINA HOLANDA LEITE MAIA<sup>2</sup>

Doença de Graves é uma doença autoimune, de causa desconhecida que é caracterizada pelo excesso de hormônio tireoidiano, sendo a principal causa do hipertireoidismo. Essa doença apresenta diversos sintomas em várias regiões do corpo dentre elas: sudorese excessiva, protrusão anormal dos olhos, perda de peso, ritmo anormal do coração e queda de cabelo. O diagnóstico é feito através de avaliação dos sintomas apresentados, exames complementares de sangue e de imunologia, além de exames de imagem. O estudo trata-se de caso clínico abordado durante a disciplina de Tutoria por discentes do primeiro período do Curso de Medicina que, sob orientação da tutora, discutiram um caso baseado em literatura apresentada em artigos científicos e livros acadêmicos. O caso clínico apresentado teve seu estudo baseado em literatura apresentada em artigos e livros acadêmicos e refere-se à paciente do sexo feminino, 34 anos de idade, casada, cuja queixa principal refere-se aos olhos saltados, sudorese, “muito calor”, queda de cabelo, aumento do apetite e emagrecimento. No exame físico geral constatou-se fácies hipertireoidea, pele quente, úmida e macia, unhas de Plummer, tremor fino de extremidades, batimentos cardíacos levemente alterados e peso no limite da faixa de normalidade. Não foi constatado mixedema pré-tibial nem adenomegalia. Destaca-se ainda o falecimento de um ente que pode estar associado ao desencadeamento de alterações psicológicas na paciente. Considerando o exame físico específico, constatou-se exoftalmia bilateral, retração palpebral, presença de “lid-lag” e sinal de Moébius. Na área do pescoço, discreto aumento de volume, aumento da glândula tireoide e presença de sopro. O tórax apresentou forma incaracterística, os pulmões apresentaram-se semiologicamente normais e o abdômen sem hepatoesplenomegalia. Como exames complementares para a conclusão diagnóstica foram solicitados determinação dos níveis séricos de TSH e dos hormônios tireoidianos, colesterol, hemograma, anticorpo antiperoxidase e captação de iodo radioativo. Estes, em associação com os achados clínicos supracitados, foram conclusivos para Doença de Graves. Vale ressaltar que a paciente em questão demonstrou desinteresse quanto ao desenvolvimento da patologia, bem como resistência ao tratamento. O tratamento é orientado de acordo com o quadro clínico do acometido, podendo ser feito por meio de três opções terapêuticas: uso de medicamento antitireoidianos, uso de iodo radioativo e/ ou cirurgia. Este estudo baseado em caso clínico tem o intuito de expandir o conhecimento específico acerca da evolução clínica da doença de Graves, levando em consideração a importância de um diagnóstico precoce, além de discutir seu manejo terapêutico.

**DESCRITORES:** Doença de Graves. Doença Autoimune. Hipertireoidismo

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# ASPECTOS FISIOLÓGICOS E PSÍQUICOS DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

LAELLI PIRES DE ALBUQUERQUE SALES<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA LINS FREIRE<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA REGIS ALMEIDA BAIA<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA REGIS ALMEIDA BAIA<sup>1</sup>; RHAYZZA HALANA ALVES SANTOS<sup>1</sup>; THAMILLY VITÓRIA HONORATO MUNIZ<sup>1</sup>; MARIA LEONILIA DE ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A Síndrome de Abstinência alcoólica é uma doença caracterizada no conjunto de sinais e sintomas causados pela diminuição ou interrupção no consumo do álcool, sendo mais comum em adultos, mas podendo surgir em adolescente e até mesmo em criança. Se essa substância for cortada repentinamente, ocasiona sintomas de várias intensidades que podem ser desde moderados até muito grave, com risco de levar o paciente a óbito. Existe uma série de fatores que podem influenciar o aparecimento e a evolução da síndrome, entre eles a vulnerabilidade genética, o gênero, o padrão de consumo de álcool, os condicionantes individuais, físicos e psicológicos, além dos fatores socioculturais. **METODOLOGIA:** O trabalho consiste em um estudo de revisão literária baseado na análise de livros, artigos e sites científicos como SciELO, aplicados a Abstinência alcoólica. **DISCUSSÃO:** O álcool é a substância psicoativa com maior uso na sociedade e apesar da aceitação social, quando passa a ser alcoolismo se transforma em um problema de saúde pública. No Brasil 15 % dos homens possuem problemas com o uso excessivo desta substância e 18 milhões de pessoas são alcoolistas. Se essa substância for cortada repentinamente, ocasiona a interrupção na comunicação entre os neurônios, cortando a comunicação do sistema nervoso com o resto do corpo, podendo levar a morte. A abstinência alcoólica surge com a tentativa de parar o uso de tal droga psicotrópica, gerando sintomas como o cansaço, hipersonia, humor depressivo ou irritável, ataxia, diminuição dos reflexos e déficit de atenção, alucinação, e até convulsões. Para um diagnóstico eficiente pode-se utilizar o questionário CAGE (Cut-down Annoyed Gulty Eye-opener) para detectar os problemas relacionados ao uso de álcool que contém quatro perguntas e também exames laboratoriais. O tratamento envolve o uso farmacológico como o ansiolítico Diazepam, psicoterapia e apoio familiar. Casos mais graves fazem uso de internação em clínicas de reabilitação. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o alcoolismo acomete principalmente o sexo masculino, apresentando ação depressora no sistema nervoso central (SNC), ocasionando diversos prejuízos funcionais na vida do indivíduo. O tratamento para a SAA envolve uma equipe multidisciplinar, com intervenção farmacológica e psicossocial.

**DESCRITORES:** Síndrome. Abstinência Alcoólica. Questionário CAGE.

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# O USO DO METOTREXATO NO TRATAMENTO DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL E SEUS EFEITOS COLATERAIS

ANA PAULA FRAZAO GREMPEL<sup>1</sup>; JOSÉ FERNANDES DA SILVA CARDOSO<sup>1</sup>; LAURA LEITE GODEIRO SOLANO<sup>1</sup>; POLLYANA GUERRA RIBEIRO<sup>1</sup>; MARINA TAVARES COSTA NÓBREGA<sup>2</sup>

A artrite idiopática juvenil (AIJ) é um conjunto de doenças inflamatórias crônicas que acomete as articulações de crianças e adolescentes. Não há consenso quanto sua etiologia, no entanto, é considerada uma doença autoimune, ou seja, o sistema imunológico responsável pela defesa do organismo, passa a atacar o próprio corpo, como por exemplo, os componentes das articulações. Um dos principais tratamentos para AIJ é o uso do metotrexato associado ao ácido fólico. Como qualquer medicamento, pode apresentar alguns efeitos adversos. O objetivo desse trabalho compreende relatar as reações adversas advindas do mecanismo de ação do metotrexato no tratamento da a AIJ através de uma revisão bibliográfica. As AIJ podem ser classificadas em três tipos, pelo número de articulações afetadas (AIJ oligoarticular ou poliarticular), pelo envolvimento de órgãos do corpo (AIJ sistêmica), pela artrite associada com a psoríase (AIJ psoriásica) e a Artrite associada a entesite. O diagnóstico das diversas formas é realizado através da observação dos sintomas durante os primeiros 6 meses da doença. Todavia, ainda não existe cura para AIJ. O objetivo do tratamento é alívio dos sintomas e melhora na qualidade de vida do paciente, dessa forma, o metotrexato é o medicamento de primeira escolha, especialmente em crianças com AIJ poliarticular. Tem atividade anti-inflamatória mas também é capaz, em alguns doentes e através de mecanismos desconhecidos, de reduzir a progressão da doença ou até mesmo induzir a remissão da doença. Durante o tratamento com metotrexano, a incidência e a gravidade de reações medicamentosas adversas são relacionadas à dose e à frequência da administração. Os efeitos secundários gastrointestinais, tais como náuseas e vômitos, são comuns como também, estomatite ulcerativa, leucopenia, náusea e desconforto abdominal. Para monitorizar a possível toxicidade é importante monitorizar as enzimas hepáticas e recorrer a hemogramas de rotina. A anomalia laboratorial mais frequente é um aumento das enzimas hepáticas, o qual normaliza com a descontinuação do medicamento, ou com a redução da dose de metotrexato. A administração de ácido fólico é eficaz na redução da frequência de toxicidade hepática. Ocorrem raramente reações de hipersensibilidade ao metotrexato. Assim, podemos concluir que, mesmo com a possibilidade de reações adversas, o tratamento com o uso de metotrexano, promove uma resposta eficaz no paciente, a descontinuação do medicamento pode ser considerada apenas após a artrite estar inativa durante um longo período de 6 a 12 meses.

**DESCRITORES:** Artrite Idiopática Juvenil. Tratamento. Farmacologia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## **ARTRITE REUMATOIDE: O EXERCÍCIO FÍSICO COMO UM AMENIZADOR DA SOBRECARGA ARTICULAR**

ANA BEATRIZ DANTAS DE ALMEIDA<sup>1</sup>; JULIA RAMOS BARRETO<sup>1</sup>; JOSÉ FLAVIO PEREIRA FILHO<sup>1</sup>; MARIA LUIZA TEIXEIRA DE CARVALHO ROQUE<sup>1</sup>; THAMILLES BEZERRA SILVA<sup>1</sup>; TANIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI<sup>2</sup>

Atrite reumatoide é uma doença sistêmica autoimune caracterizada pela inflamação do líquido sinovial que envolve as articulações, capazes inclusive de limitar a movimentação diária. É um conjunto de sintomas e sinais que podem ter diferentes desencadeadores, como exemplo obesidade e sedentarismo, levando as pessoas acometidas a essa doença, sentirem intensa dor. A patologia tem os sintomas de dor, inchaço e rigidez nas articulações, dificuldade de movimentação no local acometido, redução do apetite e perda de peso, febre e fadiga. Também há destruição da cartilagem articular e os pacientes podem desenvolver deformidades e incapacidade para realização de suas atividades. Além do fator genético, quando o portador é dependente químico (tabagismo ou alcoolismo), obeso ou sedentário, observa-se que acometem uma maior porcentagem e gravidade da doença. Ficando claro, então, que o estilo de vida saudável do paciente, com uma boa frequência de exercícios físicos facilita inclusive o tratamento. Nos casos de obesidade, há uma sobrecarga das articulações, que acabam desencadeando nos primeiros sintomas da doença (inchaço crônico e dor). Através dessa pesquisa, o objetivo desse trabalho é analisar a influência do exercício físico no tratamento dos pacientes com artrite reumatoide e, junto a isso, ajudar na conscientização das pessoas (principalmente mulheres, que tem maior predisposição) para uma vida não sedentária e assim, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. O trabalho consiste em um estudo de revisão literária baseado na análise de livros e artigos científicos na base de dados Scielo e Google Acadêmico, aplicados à discussão do tema trabalhado e na forma como o exercício físico ameniza os sintomas da doença. Observou-se, ao longo da pesquisa, que pessoas com prática de atividades mais frequentes tem um tratamento mais eficiente, pois através dos exercícios se obtém melhora da mobilidade articular, pois sua prática irá potencializar a lubrificação articular, manter bom nível de força muscular, diminuir a dor, melhorar a amplitude de movimento articular a fim de evitar a perda de função articular. Em relação ao diagnóstico, deverão ser feitos exames laboratoriais como hemograma, para contagem de plaquetas e leucócitos; fator reumatoide (FR) e PCR; além de exames por imagem (ressonância magnética e ultrassonografia). Conclui-se que a prática de atividade física melhora significativamente o tratamento dos casos de artrite reumatoide, pois cria uma rotina saudável a qual o paciente deverá seguir para alcançar uma melhor qualidade de vida e conviver suportando a dor, mesmo que ela esteja amenizada.

**DESCRITORES:** Articulações. Exercício. Tratamento

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM COCAÍNA: EFEITOS NO ORGANISMO

FERNANDO GONÇALVES COELHO<sup>1</sup>; PEDRO ARTHUR DANTAS FERREIRA<sup>1</sup>;  
PEDRO HENRIQUE DE ARAÚJO<sup>1</sup>; SUEVERTON MARIANO MENDONÇA<sup>1</sup>;  
TARCISIO BARBOSA LIMA<sup>1</sup>; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI<sup>2</sup>

A cocaína (benzoilmetilecgonina), que é um alcaloide, com efeitos anestésicos e que atua no sistema nervoso central provocando euforia, bem estar, sociabilidade e tende a acelerar os batimentos cardíacos e aumentar a pressão arterial, causando risco de infartos e outras doenças adversas. A dependência química, no geral, é considerada um transtorno mental pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e também é tida como doença crônica, que atinge indivíduos de diversos tipos de faixa etária e está bastante presente na adolescência, idade na qual os indivíduos fazem o uso por buscar se inserir no meio social em que vivem e também por gostarem dos efeitos estimulantes que a droga pode oferecer inicialmente, mas, que causam alterações psicossociais, orgânicas e familiares. Assim, diante desta problemática, o objetivo desse estudo é apresentar as alterações orgânicas causadas por indivíduos que fazem uso de drogas com ênfase no consumo de cocaína. A metodologia utilizada na pesquisa foi através de revisão bibliográfica em artigos na base de dados Scielo, revistas científicas e livros, documentos que discorrem sobre o tema trabalhado e através do Google Acadêmico. O uso da cocaína põe em risco a saúde do indivíduo, trazendo consequências drásticas, pois a mesma causa várias alterações no organismo tornando-os expostos e vulneráveis aos efeitos destas substâncias. O indivíduo portador não consegue controlar o vício, que acaba afetando sua vida psíquica, emocional, física e social. A cocaína tem capacidade de aumentar a pressão arterial, o consumo de oxigênio para o coração e a frequência cardíaca, dilatando as pupilas. Após o consumo abusivo dessa substância, o indivíduo também pode desencadear isquemia, arritmias, angina e até mesmo infarto e acidente vascular encefálico (AVE). A dependência no organismo é o sentir novamente os sintomas de prazer, ou ainda, para eliminar o mal-estar que se sente quando há a interrupção da droga, normalmente o indivíduo tende a repetir o uso daquela substância. Os sintomas de desconforto são designados “Síndrome da Abstinência”, que tendem a surgir a cada vez que o indivíduo cessar o uso da droga. A “tolerância à droga” leva ao consumo de doses cada vez maiores, no intuito de obter os mesmos sintomas promovidos em doses que antes eram menores. Concluímos que o consumo de cocaína afeta o indivíduo em seu contexto social, familiar, psicológico e neurofisiológico, tornando um grande problema de saúde pública.

**DESCRITORES:** Dependência Química. Cocaína. Efeitos

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO DEPENDENTE QUÍMICO DE COCAÍNA

ALLANA VICTORIA PEREIRA ALVES<sup>1</sup>; LUANA LHAIS MENDONÇA BERNARDO CALLOU<sup>1</sup>; RAFAELA DE ALMEIDA GOBIRA DA COSTA<sup>1</sup>; RAYANNE BARBOSA ANACLETO DE ARRUDA<sup>1</sup>; DEIVID ALMEIDA DA COSTA<sup>2</sup>

O uso de benzoimetilcgonina também conhecida como cocaína é um problema de saúde pública, haja vista que essa substância psicoativa causa dependência e diversos agravos na saúde do indivíduo que utiliza. Isso devido ao seu mecanismo de ação de superestimulação no sistema nervoso central (SNC), impedindo a recaptação da dopamina, bem como aumentando a sua produção. Nesse sentido, a droga causa uma alta descarga no sistema dopaminérgico, o que leva ao usuário ao craving. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o craving é o desejo de repetir a experiência em função dos efeitos sentidos, no caso do usuário da cocaína, a grande euforia e autoconfiança despertada pela grande quantidade de dopamina na fenda sináptica. Este trabalho é uma revisão da literatura com o objetivo descrever os aspectos toxicológicos e fisiológicos da cocaína e ainda, expor os tratamentos medicamentosos possíveis aos dependentes químicos. Nesse viés, foram utilizadas informações extraídas de bases de dados nacionais e internacionais, como a Scientific Electronic Library Online - SciELO e a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, além do emprego de palavras-chave relacionadas à cocaína, efeitos adversos e tratamento todos catalogados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O tratamento farmacológico ainda não é completamente estabelecido, mas algumas classes medicamentosas estão sendo utilizadas e estudadas, como anticonvulsivantes por meio do Topiramato que tem se apresentado como um fármaco promissor, ansiolíticos como Diazepam que atua na via gabaérgica, antidepressivos como desipramina essencial para a melhora do humor e agentes gabaérgicos como a tiagabina. Nesse sentido, ainda não se tem um fármaco ou classe medicamentosa específica que atue no craving e aos agravos estabelecidos pelo abuso da cocaína, uma vez que esse descontrola diversas vias do sistema nervoso. A partir disso, a intervenção medicamentosa serve como um auxiliador para controlar a dependência de cocaína, devendo ser associado a tratamentos não medicamentoso, como a terapia. Dessa forma, buscando tratar desde o gatilho até o auxílio farmacológico durante o craving e, assim, evitando todos os efeitos causados por seu uso frequente e abusivo. Ademais, convém ressaltar que, faz-se necessário também expandir os estudos que objetivem esclarecer a relação entre os fármacos e a sua eficácia nos tratamentos, além de evidenciarem seus efeitos no corpo humano, uma vez que há uma escassez no que se refere a eficácia comprovada cientificamente de medicamentos para uso no tratamento de usuários de cocaína.

**DESCRITORES:** Cocaína. Tratamento. Dependência

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# REPOSIÇÃO ENZIMÁTICA PELO ELOSUFALTASE ALFA EM CASOS DE SÍNDROME DE MORQUIO

INNARA NATALIE DE DEUS SILVA<sup>1</sup>; MONNA MIRELLA MATIAS VASCONCELOS<sup>1</sup>; NICOLLY DAVID BARROS<sup>1</sup>; PALOMA CECÍLIA FIGUEREIDO<sup>1</sup>; DEIVID ALMEIDA DA COSTA<sup>2</sup>

A Síndrome de Mórquio é uma osteocondrodistrofia hereditária que é caracterizada pela deficiência da enzima N-acetil galactosamina 6 sulfatase, levando a um acúmulo de mucopolissacarídeos. Os pacientes são aparentemente normais ao nascimento. Entretanto, a partir dos 18 a 24 meses de idade é percebido o retardo do crescimento pômbero-estatural (RCPE). Dentre as alterações esqueléticas típicas pode ocorrer: nanismo com tronco curto, tórax em quilha (pectus carinatum), cifose, hiperlordose, escoliose, deformidade ovóide das vértebras, geno valgo, pé plano valgo bilateral, hiperextensão articular (principalmente dos punhos) e hipoplasia odontogênica. Dentre as manifestações extras esqueléticas pode haver: opacidade da córnea, hepatomegalia, lesões valvulares cardíacas, prognatismo, nariz curto e achatado, dentes espaçados e com redução no esmalte, e frequentemente alterações auditivas, que podem variar desde disacusias condutivas até neurossensoriais. Sua transmissão é autossômica recessiva, com pouca incidência na população. Acomete ambos os sexos da mesma maneira e ocorre, com maior frequência, em casamentos consanguíneos de pais sadios e heterozigotos. Através de uma revisão literária, o objetivo desse trabalho é analisar a reposição enzimática pelo elosulfase alfa em pacientes com a Síndrome de Mórquio. O VIMIZIM (elosulfase alfa) é o único fármaco para terapia de reposição enzimática para a síndrome de Morquio. Infusões semanais deste fármaco podem ajudar a quebrar alguns glicosaminoglicanos no corpo do paciente que possui essa síndrome. Esse fármaco possui um funcionamento intracelular, restaurando a função celular, e com isso eliminando o excesso de glicosaminoglicanos. Esta enzima substitui a enzima natural N-acetilgalactosamina-6-sulfatase, que está ausente ou insuficiente. Com o uso foi demonstrado que o tratamento melhora a capacidade de caminhar e reduz o nível de sulfato de queratano no corpo, melhorando os sintomas da Síndrome de Mórquio (BIOMARIM; 2016). Até o momento, não existe cura para os indivíduos afetados pela MPS IV, o tratamento é meramente paliativo e de suporte. Entretanto, existem maneiras de ajudar estes pacientes a terem uma boa qualidade de vida como fisioterapia motora e respiratória. O transplante de medula óssea (TMO) tem sido usado no tratamento de alguns pacientes com MPS IV, com pouco sucesso. Os cientistas que estudam esta doença continuam a procurar maneiras melhores e mais efetivas para tratá-lá.

**DESCRITORES:** Síndrome de Mórquio. Fármaco. Tratamento

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## O USO DE DROGAS: UMA REALIDADE JUVENIL

ANNE MARIA MENDES FERREIRA<sup>1</sup>; BÁRBARA LAVINHA FEITOSA DE BRITO<sup>1</sup>; BRUNNO HERBERT BASTOS QUEIROGA<sup>1</sup>; JOHN DAVID MEDCRAFT DUARTE<sup>1</sup>; VYCTOR CHAGAS ALVES SILVA<sup>1</sup>; TÂNIA REGINA FERREIRA CAVALCANTI<sup>2</sup>

A juventude é uma das fases do desenvolvimento humano caracterizada pelo amadurecimento e formação do indivíduo, importante para a consolidação de alguns hábitos que serão ou não seguidos na vida adulta. Para alguns jovens, nesta fase já ocorreram algumas experiências com drogas, seja ela lícita ou ilícita, como álcool, fumo e medicamentos. Entre vários fatores que desencadeiam o uso dessas substâncias, pelos jovens, pode ser destacado as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade descontrolada e baixa autoestima. O estilo de vida do jovem é apontado como um dos agravantes para a utilização dessas drogas, entretanto fatores predisponentes como ausência dos pais, discussões familiares, amizades, acesso facilitado a entorpecentes e outros, também devem ser considerados. Através do aprofundamento da busca sobre o assunto, este trabalho tem como objetivo demonstrar como a problemática do uso demasiado de drogas lícitas e ilícitas por jovens. Para isso, foram utilizados artigos originais na base de dados da Scielo e documentos que discorrem sobre o tema estudado. Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) droga é toda e qualquer substância seja química ou orgânica que, ao ser introduzida no organismo, altera o seu funcionalismo. São moléculas capazes de provocar bloqueio ou modulação das respostas celulares através das interações com os receptores das células e incluem substâncias como a cocaína, o crack, a maconha, a nicotina presente nos cigarros, o álcool como produto base de vários tipos de bebidas, o LSD, o êxtase, entre outras drogas. O uso ou o abuso dessas drogas altera nossa maneira de pensar, sentir ou agir tornando o organismo dependente delas, além de causar doenças fisiológicas como a DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) ou hipertensão, reprodutivas como a infertilidade, ou endócrinas como câncer de pulmão, laringe e boca. Portanto, fica evidenciado o crescente uso de drogas pelos jovens de todo o mundo, e a facilidade de aquisição das mesmas em festas, bares, lojas, nas ruas e, até em sua própria residência. Por isso, que o uso de drogas é um assunto que deve ser presente nos meios de comunicação, nos diálogos dos pais com filhos bem como fazer parte da saúde pública em todos os seus níveis de promoção, prevenção e tratamento.

**DESCRITORES:** Drogas. Jovem. Drogas Lícitas

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **DROGAS PSICOATIVAS: PRAZER OU AUTODESTRUÇÃO? DO ÁLCOOL E COCAÍNA À SÍNDROME SIMPATICOMIMÉTICA**

ALAN MORAIS DO NASCIMENTO<sup>1</sup>; ISABELLE GOMES AZEVEDO<sup>1</sup>; LUIZA MONYCK HAAS<sup>1</sup>; MARIA LEONÍLIA DE ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

As intoxicações decorrentes do uso excessivo de drogas é um grande problema de saúde pública hodiernamente, entre elas a cocaína. Constata-se que o seu uso ocorre associado com outras drogas, como o álcool. Esta age sobre os neurotransmissores nas fendas sinápticas, a exemplo a dopamina e a noradrenalina potencializando seus respectivos efeitos sobre o organismo. A síndrome simpaticomimética é diagnosticada quando há intoxicações por abuso de substâncias psicoativas, e então, é um quadro que leva à excitação do sistema nervoso central, e é caracterizada por taquicardia, hipertensão, hipertermia, diaforese, hiperreflexia, midríase e palidez, podendo evoluir com distorções perceptuais, convulsões, alucinações e baixa consciência. O objetivo desse estudo é compreender a ação da cocaína sobre o sistema nervoso central, especialmente a relação com os neurotransmissores. Metodologia: O trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica utilizando as bases de dados do SCIELO, BVS, Biblioteca Digital de teses e Dissertações da USP. Resultados e discussões: As complicações relacionadas ao uso de drogas, em especial a cocaína, são o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal e as arritmias fatais. Então, as substâncias causadoras da síndrome simpaticomimética mimetizam as aminas biogênicas (adrenalina, serotonina e dopamina). Portanto, a dopamina - neurotransmissor que atua nas vias mesolímbicas – está relacionada a resposta ao prazer, recompensando a aquisição de novos conhecimentos ou aprendizagens, progresso nas relações sociais e emocionais, entre outros. Logo, fazer uso de cocaína potencializa a atuação desse neurotransmissor no organismo, e por isso o indivíduo se sente motivado a repetir a dose aumentando-a progressivamente para obter os efeitos biológicos que sentirá nas primeiras administrações antes do vício. Destarte, a cocaína atua sobre a enzima monoamina oxidase (MAO) que é responsável pela recaptação de dopamina e noradrenalina das fendas sinápticas, dificultando suas respectivas ações no organismo. Ademais, age sobre os canais de sódio, interferindo o influxo deste para dentro da membrana que impede a transferência de impulso nervoso. Considerações finais: A síndrome simpaticomimética caracteriza-se pela hiper ativação do sistema nervoso, sendo fundamental seu diagnóstico e tratamento. Então, a equipe médica pode prescrever diazepam - indicado para o alívio sintomático da ansiedade, tensão e outras queixas somáticas ou psicológicas - agindo como antagonista à cocaína no organismo. Outrossim, fornece apoio psiquiátrico e psicológico é essencial para melhoria do quadro.

**DESCRITORES:** Drogas Psicoativas. Síndrome Simpaticomimética

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: REVISÃO DOS CONCEITOS ATUAIS

ABEL AUSTERO DE SOUSA BENJAMIN FILHO<sup>1</sup>; JAMILA ADIJUTO MELO<sup>1</sup>; LETICIA DE FIGUEIREDO TAVARES<sup>1</sup>; PEDRO PALITOT PEREIRA PEDROSA<sup>1</sup>; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS<sup>2</sup>

A trombose venosa profunda resulta de processo de hipercoagulação sistêmica, em associação com uma estase venosa local, decorrente quase sempre de redução da atividade física do paciente. As estatísticas demonstram que ela é responsável por número elevado de mortes súbitas que ocorrem no pós-operatório imediato, por embolia pulmonar, na maioria das vezes não diagnosticada, além de graves lesões que se manifestam tardiamente. É a causa principal da morbidade e da mortalidade nas fraturas do colo do fêmur. Estudos demonstram que 10% morrem no primeiro mês após a fratura e 25% após. A metade das mortes que ocorrem no pós-operatório imediato resultam de complicações tromboembólicas, principalmente da embolia pulmonar e do infarto do miocárdio. Acidentes não fatais ocorrem em torno de 5 a 10% dos pacientes, enquanto um terço desenvolve trombose venosa profunda. Por apresentar quase sempre uma sintomatologia escassa, não é diagnosticada em tempo hábil, aumentando dessa maneira a mortalidade por complicações pulmonares. A trombose venosa profunda, na maioria das vezes, tem origem nas grandes veias profundas da perna e em segundo plano na veia femoral, mais frequentemente secundária a uma estase venosa. Os êmbolos pulmonares podem ser originados de diversas fontes, tais como de gordura e de medula óssea. A estase venosa pode ocorrer durante a anestesia, na fase de indução e mesmo durante a cirurgia. A lesão do endotélio das grandes veias pode ocorrer durante a cirurgia e também ser considerada como um fator desencadeante. Há, sem dúvida alguma, uma relação direta entre os trombos formados nos vasos profundos e a ocorrência da embolia pulmonar, embora em certas situações possa ocorrer EP sem TVP. A avaliação dos principais fatores relacionados ao surgimento da TVP, associado ao quadro de dor e edema, podem ser agrupados em modelos de predição clínica. Nenhuma avaliação clínica isoladamente é suficiente para diagnosticar ou descartar a TVP, pois os achados clínicos se relacionam com a doença em apenas 50% dos casos. A literatura existente recomenda a anamnese e o exame físico, combinados com a realização de testes laboratoriais e exames de imagem. O sistema de predição clínica de TVP mais bem estudado é o escore de Wells.

**DESCRITORES:** Êmbolos. Fraturas Trombose Venosa Profunda

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **ACALÁSIA: DISTÚRBO MOTOR DO ESÔFAGO**

GABRIELLE FEITOSA DE QUEIROZ<sup>1</sup>; LETICIA FRANCO PACIFICO<sup>1</sup>; LUIZ HENRIQUE GEMIR NOGUEIRA<sup>1</sup>; MARCOS TALMA GUEDES SOUTO QUIRINO<sup>1</sup>; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS<sup>2</sup>

A acalasia do esôfago consiste na falência do mecanismo de relaxamento muscular coordenado do EIE após uma contração peristáltica do corpo esofágico estimulada por uma deglutição. Doença de etiologia desconhecida e rara na infância, a acalasia de esôfago afeta mais as crianças do sexo masculino (1:6). As principais teorias que explicam o seu aparecimento são: 1) anormalidade primária neurogênica com falha da inervação inibitória e progressiva degeneração das células ganglionares; 2) perda adquirida das células ganglionares do plexo mioentérico, secundária a DRGE, doença de Chagas, ou após processos virais. O quadro clínico é variável, incluindo desde regurgitação dos alimentos ingeridos, relatados como vômitos imediatamente após as refeições (associados ou não a conteúdo de estase), retardo do crescimento pânderoestatural ou perda de peso, quadros pneumônicos de repetição por síndromes aspirativas e, em crianças maiores, queixa de disfagia. Por esses sintomas e por estar relacionada à DRGE, muitas vezes o diagnóstico de acalasia do esôfago fica subestimado. Estudos cintilográficos e do pH esofágico são úteis para o diagnóstico de exclusão ou de associação com DRGE exames estes não realizados no paciente em questão. Atualmente, há outras possibilidades de tratamento, como o medicamentoso, com o uso de bloqueadores de canais de cálcio, que atuam no relaxamento do EIE. Essa terapêutica não tem sido usada em crianças, e seu uso em adultos não traz resultados eficazes. Há também a possibilidade de tratamento pela injeção de toxina botulínica diretamente sobre o EIE, essa terapia fica reservada para os casos em que não há condições cirúrgicas por parte do paciente, além de apresentar efeito por tempo limitado, necessitando de injeções repetidas em intervalos de tempos progressivamente menores. A acalásia pode ocorrer também devido à doença de Chagas, que é caracterizada pela degeneração dos plexos mioentéricos pela ação do *Trypanosoma Cruzi*. O seu diagnóstico é sugerido pelo quadro clínico e confirmado por exames diagnósticos específicos, como endoscopia digestiva alta (EDA), estudo radiológico contrastado de esôfago, estômago e duodeno e manometria esofágica.

**DESCRITORES:** Acalasia. Esôfago. Plexo Mioentérico

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## SINTOMATOLOGIA E TRATAMENTO DA ARTRITE GOTOSA

BIANCA DUTRA PARENTE<sup>1</sup>; CANDICE DE OLIVEIRA LIMA BATISTA<sup>1</sup>; MARIA EUGÊNIA PISSINATI GOMES<sup>1</sup>; TAISA PINTO NASCIMENTO PEREIRA<sup>1</sup>; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES<sup>2</sup>

A gota é classificada a forma mais comum de artrite inflamatória, com maior incidência no sexo masculino. Portadores desta patologia apresentam crises agudas e recidivantes, devido ao acúmulo de cristais de urato monossódico em articulações, tecido sinovial, ossos e pele. Na maioria dos casos a gota é primária e provém de uma hiperuricemia de etiopatogenia complexa e mal-elucidada. A hiperuricemia pode ser devido a alterações metabólicas ou fatores genéticos e vem comumente associada à obesidade, ingestão de bebidas alcoólicas, hipertensão, doenças renais e uso de diuréticos. Objetivo: Descrever diagnóstico e tratamento da Artrite Gotosa, bem como uma revisão bibliográfica sobre o tema. Metodologia: A partir de Casos Clínicos da Tutoria, da Faculdade de Medicina Nova Esperança, e de pesquisas feitas destacou-se a Artrite Gotosa pela sua grande incidência e importância medico-preventiva. Resultados e Discussão: A apresentação clínica da gota é uma artrite inflamatória, geralmente monoarticular, e autolimitada. Em cerca de 50% dos casos a artrite ocorre na primeira articulação metatarsofalangeana e é conhecida como podagra. O acometimento oligoarticular e poliarticular é menos comum, mas pode ocorrer em pacientes com gota de longa data e sem tratamento. Os tofos são coleções macroscópicas de cristais de uratomonossódio visíveis ao exame clínico, geralmente um sinal de que a doença é de longo curso e que não foi tratada. Lesões em saca-bocado, com aparência de borda em casca de ovo (sinal de Martel), são características que indicam gota crônica grave e de longo curso sem tratamento. Os exames de urina, hemograma, dosagem de ácido úrico, cálcio e fósforo, como também a velocidade de hemossedimentação (VHS) ajuda no diagnóstico. A hiperuricemia leva em consideração que, em 90% dos casos, a hipoexcreção é a principal alteração fisiopatológica. Considerações Finais: Artrite Gotosa ocasionada pelo acúmulo de cristais de urato monossódico em locais específicos. O tratamento deve ser dieta para a redução de peso, uma vez que a obesidade aumenta a quantidade de ácido úrico no organismo. As crises agudas de gota podem ser tratadas com anti-inflamatórios não hormonais (AINH) tradicionais ou seletivos para a Cox-2. Faz-se uso de colchicina, alopurinol, acoxia e zyloric, que provocam a diminuição de uratos, prevenindo o surgimento de crises.

**DESCRITORES:** Artrite. Cristais de Uratomonossódio. Prevenção

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **CIGARRO ELETRÔNICO COMO AGENTE FISIOPATOLÓGICO DA ASMA**

GABRIELLA DE FIGUEIREDO FALCÃO<sup>1</sup>; LAÍS NÓBREGA DINIZ<sup>1</sup>; LARA ALÍPIO PEDROSA<sup>1</sup>; THAYANNE MAYARA OLIVEIRA LOPES<sup>1</sup>; CAROLINA UCHÔA GUERRA BARBOSA DE LIMA<sup>2</sup>

Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas caracterizada pela interação entre a rede imune no pulmão e as células residentes das vias aéreas, produtoras-chave de citocinas e fatores de crescimento. Suas etiologia e fisiopatologia, ainda alvos de amplas discussões, trazem como novo aspecto o uso de cigarro eletrônico, produto recém-chegado no comércio direcionado ao público jovem, que visa a substituição do cigarro comum. Embora se tenha uma visão de que o cigarro eletrônico seja menos ofensivo e não se tenha comprovada sua toxicidade potencial, é confirmado, por estudo feito pela Universidade de Tecnologia de Sydney (Austrália), que ele pode, dependendo de sua composição, atuar na sintomatologia da asma. Para esse estudo, foi utilizado o método de Revisão de Literatura a partir da leitura de livros e periódicos, cujo o cerne da pesquisa foi o uso de cigarro eletrônico como fator agravante da asma. Observou-se que o cigarro eletrônico ou DEF (dispositivo eletrônico para fumar) vem sendo amplamente comercializado utilizando ou não flavorizantes, um atrativo a mais para o mercado. Dentre a composição do cigarro eletrônico, encontra-se o propilenoglicol, substância utilizada na aromatização do produto. Estudos observaram que inalar propilenoglicol afeta as vias respiratórias pois provoca alterações das funções ciliares das células das vias aéreas, e sua exposição prolongada, em ambiente fechado, pode aumentar o risco de desenvolvimento de asma, visto que o uso de DEF ocasiona a dificuldade da passagem de muco pelas vias respiratórias, gerando uma disfunção mucociliar, agravando o quadro de asma. O German Cancer Research Center presumiu que o uso de cigarro eletrônico, o qual envolve a inalação várias vezes ao dia de vapor de propilenoglicol, pode causar irritação respiratória. Tal fato impacta, em particular, os indivíduos com obstrução das vias, uma vez que os pulmões do usuário já estão prejudicados, o vapor liberado pode acentuar a sintomatologia da Asma, causando crises potencializadas. Conclui-se que os asmáticos são particularmente suscetíveis aos efeitos de substâncias tóxicas inaladas, essas relacionadas à função pulmonar e hiperresponsividade das vias aéreas. Ressalta-se, ainda, que a redução da função pulmonar é exagerada em pacientes com asma, sugerindo que os asmáticos podem ser mais suscetíveis aos efeitos dos cigarros eletrônicos. Desse modo, sabe-se que os efeitos dos cigarros eletrônicos na função pulmonar podem refletir em alguns aspectos na fisiopatologia da asma.

**DESCRITORES:** Asma. Cigarro eletrônico. Fisiopatologia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **ALIMENTOS HIPOURICEMIANTES PARA TRATAMENTO DE PESSOAS COM GOTA**

ANNA KAROLLYNE RAMALHO LOPES DE MEDEIROS<sup>1</sup>; FERNANDA IMPERIANO MACÊDO DE LIMA<sup>1</sup>; HIGOR DE OLIVEIRA SUASSUNA<sup>1</sup>; RAFAELA MAIA DE OLIVEIRA MORAES<sup>1</sup>; TAYNNÁ FREITAS BARBOSA<sup>1</sup>; VINÍCIUS NOGUEIRA TRAJANO<sup>2</sup>

**Introdução:** A gota é uma doença inflamatória a qual ocorre pelo depósito e cristalização de ácido úrico nos espaços articulares, quando os níveis desse ácido estão elevados no sangue (hiperuricemia), causando artrite. A patologia em questão não possui cura, entretanto, alguns alimentos apresentam características hipouricemiantes e podem cessar as crises gotosas. A vitamina C, cenoura, alho e principalmente, o café são geralmente responsáveis pela diminuição desse composto. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, pautando-se na publicação de referências encontradas em artigos indexados em base de dados e revistas científicas. **Objetivos:** O estudo tem como objetivo realizar uma revisão acerca dos macronutrientes e suas implicações para manutenção da homeostase do ácido úrico. Para a construção do estudo consideram-se as pesquisas indexadas, na plataforma PubMed Central. Utilizando-se descritores: gota; café; hipouricemiantes. **Resultados e Discussões:** O ácido úrico é uma substância naturalmente produzida pela quebra de purina, uma proteína presente em muitos alimentos. Ao serem ingeridas, as purinas são degradadas no ácido e eliminadas pelos rins. Em contrapartida, os alimentos ricos em vitamina C como a laranja costumam ser bem empregados na dieta desses pacientes pois esses, dissolvem os cristais e faz com que as articulações voltem ao normal. O café por sua vez tornou-se instrumento de pesquisa ao observar seu efeito. A ingestão de café pode reduzir o risco de gota através de vários mecanismos, incluindo a redução das concentrações séricas de ácido úrico e influenciando a resistência à insulina. A cafeína (1,3,7-trimetil-xantina) é uma metil-xantina e pode ser um inibidor competitivo da xantina oxidase, como observado em ratos. Essa propriedade potencial da cafeína pode exercer um efeito protetor contra a gota, semelhante ao efeito do alopurinol. Como existe uma forte relação positiva entre a resistência sérica à insulina e a hiperuricemia, e a insulina reduz a excreção renal de urato, a diminuição da resistência à insulina e as concentrações de insulina do consumo de café podem levar a um risco menor de hiperuricemia e gota. A partir disso, pacientes com cristal de urato monossódico devem optar por uma dieta mais restrita e consumir alimentos com potenciais redutores de ácido úrico.

**DESCRIPTORIOS:** Ácido Úrico. Gota. Hiperuricemia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## TROMBOSE VENOSA PROFUNDA - COMO TRATA?

ANA LUIZA BERNARDINO ABRANTES<sup>1</sup>; LEONARDO CÉSAR MAIA E SILVA<sup>1</sup>;  
LÍVIA RACHEL ABRANTES DIAS<sup>1</sup>; MAICON LUAN ALBUQUERQUE<sup>1</sup>; IARA  
MEDEIROS DE ARAÚJO<sup>2</sup>

Trombose venosa profunda (TVP) é uma doença potencialmente grave causada pela formação de coágulos (trombos) no interior das veias profundas. Sua prevalência aumenta progressivamente ao longo da vida. Em cada ano, a doença afeta cerca de 1 em cada 1000 adultos. O trombo se forma na panturrilha, ou batata da perna, mas pode também instalar-se nas coxas e, ocasionalmente, nos membros superiores. Os sintomas incluem edema, dor, calor, vermelhidão e rigidez da musculatura na região em que se formou o trombo. Entre as possíveis complicações estão embolia pulmonar como resultado de um coágulo que se desprende e se fixa nos pulmões, e síndrome pós trombótico. Os fatores de risco incluem cirurgia recente, cancro, trauma, falta de movimento, obesidade, tabagismo, contracepção hormonal, gravidez e puerpério, síndrome do anticorpo antifosfolípídeo e algumas anomalias genéticas. O trabalho consiste em um estudo de pesquisa literária baseado na análise de livros e artigos científicos, voltados à descrição da fisiopatologia da Trombose Venosa Profunda e seu tratamento. Os achados na literatura indicam que a trombose venosa profunda se caracteriza pela formação de coágulos de sangue (trombos) nas veias profundas, geralmente nas pernas. Esses coágulos de sangue podem se formar em veias lesionadas, um distúrbio provoca a coagulação do sangue, ou algo retarda o retorno do sangue para o coração. Os coágulos podem fazer com que as pernas ou os braços inchem. Um coágulo de sangue pode se desprender e se deslocar para os pulmões, um quadro chamado embolia pulmonar. Uma ultrassonografia Doppler e exames de sangue são feitos para detectar a existência de trombose venosa profunda. Anticoagulantes são administrados para prevenir o aumento do coágulo e a embolia pulmonar. É necessário ter o conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos da TVP é primordial para um diagnóstico precoce e introdução efetiva do tratamento da doença. Na abordagem da trombose venosa profunda, o objetivo do tratamento é evitar a formação de coágulos ou, se eles já se instalaram, promover sua reabsorção pelo organismo. O tratamento de escolha é feito com heparina de baixo peso molecular, heparina não fracionada ou fondaparinaux subcutâneo, que ajudam a dissolver os trombos e apresentam facilidade de aplicação e monitoração. Concomitantemente, deve ser prescrita ainda anticoagulação por via oral.

**DESCRITORES:** Trombose venosa profunda. Edema. Heparina.

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **DOR DA GOTA: O QUE É?**

MARIA BEATRIZ GRANGEIRO MATIAS<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA RAFAEL SOUSA<sup>1</sup>; NÍVIA MARIA SIQUEIRA PINHEIRO<sup>1</sup>; SAMARA LOPES DE ARAÚJO<sup>1</sup>; MARIA LEONILIA ALBURQUERQUE MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

A gota é uma forma de artrite caracterizada por dor intensa, vermelhidão e sensibilidade nas articulações. A dor e inflamação ocorrem quando uma grande quantidade de ácido úrico se cristaliza e deposita nas articulações. A cronologia natural da Gota é de progressão de um período alongado sem sintomas de acúmulo de cristais de urato monossódico nas articulações, intercalado com fases de mono ou oligoartrite para uma fase de artrite crônica com presença de depósitos de cristais; tofos. A sua fisiologia apresenta-se na forma de três principais momentos: Gota aguda, Gota Intercrítica e Gota torfácea crônica. O objetivo do estudo é conhecer os sinais, sintomas, os distúrbios ósseos articulares e musculares e correlacioná-los a artrite gotosa. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Foram analisados artigos nas bases de dados: Medline, Scielo, Lilacs e PUBMED, referentes as palavras chaves. Como resultado da pesquisa, os sintomas da doença incluem dor intensa, vermelhidão e inchaço nas articulações, muitas vezes no dedão do pé. As pessoas podem ter dores circunstanciais leves ou fortes nas articulações do joelho, tornozelo ou pé, além de inchaços, nódulos, rigidez ou sensibilidade com vermelhidão. Os ataques podem acontecer repentinamente, em geral, a noite. O diagnóstico da gota é realizado de acordo com a história clínica do paciente, exame físico e exames complementares, como dosagem de ácido úrico no sangue, na urina e radiografias; o padrão ouro para diagnosticar é a observação de cristais de urato através da microscopia. Geralmente, o diagnóstico é feito por especialistas em reumatologia (especialista em artrite), cirurgia ortopédica ou médico de cuidado primário (previne, diagnostica e trata doenças). Conclui-se que o tratamento da Gota consiste em duas etapas: uma em curto prazo, que visa à redução dos sintomas decorrentes das crises agudas, outra, em longo prazo, para diminuir as concentrações de ácido úrico e evitar novas crises. Durante um ataque agudo, medicamentos anti-inflamatórios ajudam a aliviar a dor e a reduzir a duração do ataque; já os pacientes com gota crônica podem adotar mudanças comportamentais para diminuir a frequência dos ataques; dieta, exercícios físicos e diminuição da ingestão de álcool. Além disso, costumam precisar de medicamentos como a colchicina, Alopurinol ou Probenecida, que diminuem o ácido úrico no organismo, o acúmulo de uratos nas articulações além de prevenir o surgimento de crises.

**DESCRITORES:** Gota. Diagnóstico. Tratamento

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# TÉCNICAS E IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO MAIS PRECISO DE PACIENTES COM ASMA GRAVE

DÉBORA LUCENA ALVES<sup>1</sup>; DJALMA BENTO FERNANDES NETO<sup>1</sup>; EDGAR DE ARAÚJO PIMENTEL NETO<sup>1</sup>; EVERTON SILVA SANTOS<sup>1</sup>; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS<sup>2</sup>

**Introdução:** A asma é uma doença caracterizada pela inflamação da mucosa dos bronquíolos, gerando uma contração de sua musculatura lisa, ocasionando obstrução das vias aéreas inferiores com forte exacerbação. A causa comum para 70% dos pacientes com asma é devido a um aumento exagerado da sensibilidade brônquio constritora em resposta a substâncias alérgicas como o pólen. A doença é acometida com diferentes intensidades para cada indivíduo, sendo para os casos graves, a doença pode agir com diferentes sinalizações de proteínas para cada indivíduo e o principal desafio é o seu diagnóstico de maneira mais precisa e individualizada, avaliando o grau de intensidade e os fatores bioquímicos que estão envolvidos na doença para oferecer um tratamento otimizado para cada paciente. **Objetivos:** Demonstrar a importância de avaliar, com novas técnicas, de maneira individualizada a gravidade de cada paciente diagnosticado com asma. **Método:** O trabalho consiste em uma revisão bibliográfica, com base fundamentada em livro e nos artigos do site PubMed. **Resultados:** Novas pesquisas visualizaram os principais processos da doença e novos mecanismos para classificar a sua gravidade, como o uso de biomarcadores para identificar o fenótipo da patologia de cada paciente. Os biomarcadores adicionados ao histórico do paciente podem ajudar a classificar asma grave fenotipicamente, e mecanismos da doença, como sinalizações inflamatórias específicas. Vários medicamentos estão sendo disponibilizados para tratar diferentes casos de pacientes com asma grave, e vários outros agentes direcionados estão em estágio avançado de desenvolvimento, ajudando os profissionais de saúde a tomar uma melhor conduta terapêutica. **Conclusão:** A partir de novas técnicas para analisar a gravidade do paciente com asma, mostra-se que um paciente com estado grave de asma deve ter um tratamento melhor gerenciado e melhor otimizado se tratado de maneira individualizada, analisando seu fenótipo através de biomarcadores, analisando assim o seu grau de intensidade da doença e suas sinalizações inflamatórias específicas. Ajudando assim o paciente e o profissional de saúde a obter um maior sucesso no tratamento da doença.

**DESCRITORES:** Asma. Diagnóstico. Biomarcadores

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **A IMPORTÂNCIA DO ESPORTE NO TRATAMENTO DA ASMA**

ARTHUR DE BRITO PEREIRA VELOSO<sup>1</sup>; FRANCIMAR GOMES MOURA JÚNIOR<sup>1</sup>; ISADORA BARBOSA DE MEDEIROS<sup>1</sup>; LUANA DA COSTA FERNANDES<sup>1</sup>; RARYANE MOREIRA MENESES<sup>1</sup>; WERUSKHA ABRANTES SOARES BARBOSA<sup>2</sup>

Quem tem asma muitas vezes não imagina que pode e deve praticar exercícios físicos. A atividade física serve para melhorar o condicionamento respiratório do asmático e, conseqüentemente, aumentar a tolerância ao esforço. Não é à toa, essa é a doença crônica mais comum entre os atletas. O médico pneumologista Mauro Gomes, chefe de equipe do Hospital Samaritano de São Paulo, sugere que o asmático realize algum tipo de atividade aeróbica (corrida, natação, ciclismo, remo, entre outras) três vezes por semana. Assim, a sensação de falta de ar se tornará menos frequente, já que o fortalecimento da musculatura do tórax promove a expansão dos pulmões, tornando a ventilação pulmonar mais eficaz. A natação é indicada para pacientes que têm asma induzida por exercício, esse exercício irá reduzir a perda de água pela respiração e possivelmente diminuir o muco das vias aéreas. “O ideal é iniciar os exercícios com intensidade leve e ir aumentando a intensidade aos poucos, mas sempre com acompanhamento médico e sob uso da medicação regular para a asma. É importante ressaltar que o asmático que não estiver com a doença controlada não irá obter os benefícios dos esportes, tampouco conseguirá executá-los”, enfatiza Gomes. A asma é uma doença séria, tanto que é a quarta causa de internação no SUS. Além disso, uma crise de asma, quando não bem controlada, pode levar o indivíduo a óbito em poucos minutos. O contato diário com substâncias alérgicas faz com que o indivíduo que tenha asma sofra uma inflamação nos brônquios, que ficam sensíveis. A irritação faz com que eles se contraíam e a pessoa sinta falta de ar. É fundamental que o portador da doença faça o tratamento contínuo e não utilize as bombinhas ou outros medicamentos somente quando estiver em crise. As ações preventivas envolvem o uso de remédios (que podem ser de uso diário) medidas pessoais e ambientais (evitar o contato com mofo, poeira doméstica, poluição, substâncias irritantes, umidade, fumo, etc.) e o combate a fatores agravantes (como refluxo gastroesofágico e rinosinusites).

**DESCRITORES:** Asma. Esporte. Tratamento

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **A IMPORTÂNCIA DA TUTORIA NA FORMAÇÃO MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA**

ARTHUR DE FRANÇA MARQUES<sup>1</sup>; TALLITA MARIA IRINEU COELHO<sup>1</sup>;  
WALDYR LIRA DOS SANTOS LIMA NETTO<sup>1</sup>; WEMERSON SOUSA PAIVA<sup>1</sup>;  
IARA MEDEIROS DE ARAÚJO<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** Na educação médica, a tutoria é importante, sobretudo para aprimorar a produção científica e o suporte acadêmico, reduzir o risco de bur-out e promover o desenvolvimento das relações dentro da profissão e a satisfação com a carreira (CHAVES, 2014). Para tal, conta com a articulação de coordenadores, gestores, tutores, preceptores e docentes, que traçam uma proposta de ensino-aprendizagem no serviço. (DIAS, 2016). Entretanto, há necessidade de ampliar debates (ESTEVES, 2019). **OBJETIVO:** Relata a importância da tutoria no aprendizado dos acadêmicos de medicina. **MÉTODO:** A tutoria consiste em momento de interação entre os estudantes e o tutor mediante reflexão sobre os casos dialogados por sessão tutorial. Para os alunos do segundo período, a integração sobre os conteúdos abordados, serviram de base para inserção no desfecho do aprendizado mediante a prática desenvolvida. Foram vivenciados 4 casos clínicos, oriundos das temáticas referente a Trombose Venosa Profunda (TVP), Asma, Acalasia e Gota, respectivamente. Cada sessão tinha como base 3 encontros. O primeiro com a leitura do caso, o segundo o debate propriamente dito e o terceiro a finalização de cada caso. **RESULTADO:** A tutoria contribui para o entendimento do contexto das relações e reflexões introduzidas nas falas, debates sobre as principais causas de adoecimentos no contexto abordado, assim como discernimento sobre sinais e sintomas desse adoecimento e os tratamentos inseridos em cada conteúdo abordado, colocando com alicerce o estilo de vida de cada caso, contribuindo com o aprendizado interdisciplinar. Reforça a importância do trabalho em equipe dos discentes e busca aprimorar os conhecimentos mediante metodologia aplicada pela tutoria. **CONCLUSÃO:** A tutoria reitera o formato inovador, mostrando-se como elemento chave para a busca do ensino-aprendizado mais dinâmico e interativo entre os envolvidos, elucidando uma forma prática de interligar o ensino e aprendizado a partir da dinâmica tutorial e modular.

**DESCRITORES:** Tutoria. Ensino. Estudante

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## ASMA E SEUS MECANISMOS INFLAMATÓRIOS

BRUNA MAIA DUARTE ESPÍNOLA<sup>1</sup>; GABRIELA BEZERRA SILVA MARTINS<sup>1</sup>;  
INGRID FABRIC GOUVEIA LIMA<sup>1</sup>; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES<sup>2</sup>

Há indícios de que a asma comece a ser definida ainda na fase intra-uterina, a credibilidade para a asma é, em grande parte, determinada durante o desenvolvimento fetal e nos primeiros três a cinco anos de vida. Fatores genéticos e ambientais operam num momento de desenvolvimento/crescimento pulmonar, definindo a estrutura e a função das vias aéreas. Alterações durante esse período crítico tornam as vias aéreas mais susceptíveis a poluentes ambientais e as predisõem sensibilização com aeroalérgenos. Aparentemente, os genes relacionados à atopia e à asma não são ativados na ausência de fatores ambientais e de exposições específicas determinados alérgenos. Foi demonstrado que o processo de sensibilização do linfócito T, com consequente regulação das respostas proliferativas específicas para antígenos e geração de citocinas, ocorre no útero e que as células T antígeno-específicas circulantes desaparecem nos órgãos que irão manifestar o fenótipo alérgico entre os seis meses e um ano de idade. A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, cuja causa ainda não está completamente compreendida. Como resultado da inflamação, as vias aéreas são hiperresponsivas e contraem-se facilmente em resposta a uma ampla gama de estímulos. Essa alteração pode causar tosse, sibilos, dispnéia e opressão torácica. O estreitamento das vias aéreas é usualmente reversível, mas, em alguns asmáticos, a obstrução ao fluxo aéreo pode ser irreversível. As principais alterações anatomopatológicas incluem a presença de células inflamatórias nas vias aéreas, exsudação de plasma, edema, hipertrofia da musculatura lisa peribrônquica, tampões mucosos e desnudamento do epitélio brônquico. A principal característica fisiopatogênica da asma é a inflamação brônquica, resultante de um amplo e complexo espectro de interações entre células inflamatórias, mediadores e células estruturais das vias aéreas. Ela está presente em todos os pacientes asmáticos, inclusive naqueles com asma de início recente, nas formas leves da doença e mesmo entre os assintomáticos. Dessa forma, a lógica e o bom senso dizem que seu tratamento deve antagonizar a inflamação. Os corticosteróides são os mais potentes e fisiológicos dos antiinflamatórios e devem, portanto, ser os melhores remédios para o tratamento da asma.

**DESCRITORES:** Alergia. Doença Crônica. Broncoespasmos

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **A VARFARINA NO TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO**

AMANDA VAN DER LINDEN RABELO DIAS<sup>1</sup>; ANA LUIZA MENINO ACIOLY<sup>1</sup>; BEATRIZ RIBEIRO COUTINHO DE MENDONÇA FURTADO<sup>1</sup>; CAROLINE DA NÓBREGA GOIS<sup>1</sup>; CAROLINA UCHÔA GUERRA BARBOSA DE LIMA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** O Tromboembolismo Venoso (TEV) é a terceira principal causa de morte por doença vascular e apresenta como principais manifestações a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP). Em ambos os casos, o principal tratamento consiste em anticoagulação plena e visa, basicamente, a redução de recorrência de TEV. As drogas mais estudadas nessa condição são os antagonistas da vitamina K, sendo a varfarina a principal representante dessa categoria de medicamentos. **OBJETIVOS:** Identificar a doença do tromboembolismo venoso (TEV), com maior ênfase na ação da varfarina no tratamento da mesma. **METODOLOGIA:** Buscadores usados: Google acadêmico e Scielo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** É benéfico ressaltar a atenção necessária pela profilaxia nessa patologia, a favor de evitar essa má condição. O início do uso da varfarina, um anticoagulante oral e principal representante dessa categoria de medicamentos antagonistas da vitamina K, no qual deve ser individualizado para cada paciente, é válido como medida profilática no tromboembolismo venoso, agindo assim na inibição dos fatores de coagulação dependentes da vitamina K. A varfarina produz o seu efeito ao interferir na conversão cíclica da vitamina K e do seu 2,3-epóxido, bloqueando a síntese de fatores de coagulação dela dependentes (fatores II, VII, IX e X), inibindo redutases envolvidas na síntese de hidroquinona a partir do epóxido. A inibição da conversão cíclica da vitamina K induz a produção e a secreção hepática de proteínas descarboxiladas ou parcialmente carboxiladas. Na última década, surgiram novos fármacos anticoagulantes, intensificando a terapêutica ambulatorial de anticoagulação dos pacientes com TEV, a qual, nos últimos anos, tem permanecido no mesmo patamar e baseia-se no uso dos antagonistas da vitamina K. Algumas doenças ou condições representam um risco adicional para o desenvolvimento de complicações tromboembólicas, tanto em pacientes clínicos quanto cirúrgicos: acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, Anticoncepcional hormonal e Câncer são os fatores de risco para a TEV. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A maior utilização da varfarina no tratamento de tromboembolismo pulmonar por trazer menores riscos de superdosagem e por controlar com maior eficiência a anticoagulação. A varfarina age no fígado do paciente, convertendo a vitamina K, já que os fatores de coagulação são dependentes da mesma.

**DESCRITORES:** Tromboembolismo Venoso. Doença Vascular. Coagulação

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **TROMBOSE E CÂNCER: AVANÇANDO NO CONHECIMENTO DA TROMBOSE ASSOCIADA AO CÂNCER**

ANA VITÓRIA DE SOUSA MELO<sup>1</sup>; DHIANA DE SOUSA DANTAS PRAGANA<sup>1</sup>; ELUIZA HELENA DA CUNHA GARCIA<sup>1</sup>; LETÍCIA PORDEUS GONZALEZ<sup>1</sup>; THAIS RANGEL CARTAXO<sup>1</sup>; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA<sup>2</sup>

O tromboembolismo venoso (TEV) compreende a trombose venosa profunda (TVP) e sua consequência mais grave, a embolia pulmonar (EP). Em sua fase aguda, associa-se a alta probabilidade de complicações graves, muitas vezes fatais. Em 1865, Trousseau observou que alguns pacientes que manifestavam o tromboembolismo incomum, posteriormente eram diagnosticados com alguma malignidade visceral. Assim, a síndrome de Trousseau, pode ser descrita de muitas formas, incluindo TEV espontâneo em associação com doença neoplásica oculta, que em alguns casos, a primeira manifestação da doença se apresenta através do evento trombótico. O TEV é considerado a segunda causa de mortalidade entre os pacientes hospitalizados portadores de neoplasia maligna. Contudo, o risco de incidência desses eventos se difere nos pacientes quanto a características tumorais, localização e grau de agressividade. Este trabalho tem a finalidade de relacionar o tromboembolismo venoso as neoplasias. Para a elaboração deste estudo, foram realizadas pesquisas baseadas na análise de artigos relativos ao banco de dados da Scielo, Medline/Pubmed e livros-texto de Medicina. Estudos evidenciaram que muitos pacientes que apresentaram TEV foram diagnosticados com algum tipo de câncer no decorrer do ano do surgimento do evento tromboembólico – um a cada cinco pacientes com neoplasia apresenta tromboembolismo venoso durante a evolução natural da doença. Estima-se ainda que esses pacientes apresentam 94% de probabilidade de morte nos seis meses seguintes ao episódio. Portanto, o TEV pode ser considerado um prognóstico negativo na sobrevivência de pessoas acometidas por câncer, pois é desencadeado em consequência dos pró-coagulantes que as células cancerígenas possuem, os quais são capazes de ativar seu mecanismo de várias formas como citocinas, cisteína protease e pró-inflamatórias, além da sua influência direta com endotélio vascular, leucócitos, plaquetas, e ainda inibindo os inibidores da coagulação antitrombina e proteínas C e S. Tal estudo conclui que há uma relação direta entre a ocorrência de trombos em pessoas que possuem neoplasia, tendo em vista que há uma série de fatores que corroboram para o surgimento de tal quadro. Dessa maneira, médicos desde o início de sua carreira são instruídos a pesquisarem câncer nos pacientes jovens que, sem causa aparente, apresentem formação de trombos, visto que é um forte indício de malignidade tumoral.

**DESCRITORES:** Tromboembolismo Venoso. Trombose Venosa Profunda. Neoplasias

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **EMBOLIA PULMONAR RELACIONADO AO USO DO ANTICONCEPCIONAL**

ANA JULIA LANDIM DE MACÊDO<sup>1</sup>; FERNANDA YOHANNA GONÇALVES BEZERRA<sup>1</sup>; IVANILTON ALVES DE OLIVEIRA SOBRINHO<sup>1</sup>; KALINE LIMA MILFONT<sup>1</sup>; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA<sup>2</sup>

A embolia pulmonar é causada pela obstrução das artérias dos pulmões por coágulos (trombos ou êmbolos) que, na maior parte das vezes, se formam nas veias profundas das pernas ou da pélvis e são liberados na circulação sanguínea. Alguns fatores como o uso de anticoncepcionais com estrógenos são considerados de riscos e elevam em até 6 vezes a chance de embolia, pois causam resistência às proteínas C-reativas, que são anticoagulantes naturais do organismo. Com isso, o sistema circulatório fica desequilibrado e mais propício a criar coágulos e, conseqüentemente, eventos relacionados à embolia. Portanto, o objetivo é analisar a embolia pulmonar e relacioná-la com o uso do anticoncepcional. Explicar como o uso do anticoncepcional desencadeia a trombose venosa profunda podendo resultar na embolia pulmonar. O estudo realizado foi mediado a partir de artigos científicos selecionados sobre a relação do uso de anticoncepcional com a embolia pulmonar. A embolia pulmonar é uma das complicações causadas pela trombose que é caracterizada por a formação de um coágulo na corrente sanguínea, podendo bloquear artérias e veias de diversas partes do corpo. Esse evento pode estar relacionado a diversos fatores, a pílula anticoncepcional é um deles, pois os hormônios presentes no anticoncepcional afetam a coagulação sanguínea e podem favorecer a formação de coágulos. Os anticoncepcionais orais possuem em sua composição dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progestágeno. Vários estudos relatam que o uso de anticoncepcionais orais por mulheres que possuem pré-disposição genética ou associados a outros fatores como o tabagismo, alcoolismo, obesidade, doenças cardiovasculares, entre outros, aumentam o risco de complicações trombóticas. Essa relação pode ser explicada devido aos estrógenos e progestágenos diminuírem a capacidade de coagulação sanguínea e aumentarem a capacidade pró-coagulante da cascata de coagulação, interferindo assim na hemostasia, por esse motivo é aconselhável que as usuárias desses medicamentos tenham acompanhamento de um médico especialista. Nosso trabalho mostra que os hormônios presentes nos anticoncepcionais (estrogênio e progesterona) afetam a coagulação sanguínea e pode favorecer a formação de coágulos, que ao chegar nos pulmões causam a embolia pulmonar. Apesar de ser relativamente baixo o número de casos, pois ocorre principalmente em mulheres que já apresentam algum fator de risco.

**DESCRITORES:** Embolia Pulmonar. Coagulação Sanguínea. Trombose

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERORAL NO TRATAMENTO DA ACALASIA

ARIANA LACERDA GARCIA<sup>1</sup>; JULIANA SOBRAL RAMOS<sup>1</sup>; KAIO MACÊDO DE FIGUEIREDO<sup>1</sup>; MARIA ISADORA TELES NOGUEIRA<sup>1</sup>; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A acalasia envolve uma falha no relaxamento do esfíncter inferior do esôfago (EIE) aliada a uma dismotilidade do corpo esofágico. Existe uma dificuldade de passagem do alimento pela transição esofagogástrica sem que haja uma verdadeira estenose orgânica ou compressão extrínseca. O principal sintoma é a dificuldade em engolir sólidos e, à medida que a doença progride, líquidos. **OBJETIVOS:** Compreender a miotomia endoscópica no tratamento da acalasia. **METODOLOGIA:** Esta revisão bibliográfica teve caráter qualitativo baseado nas leituras exploratórias e seletivas de artigos e sites científicos referentes ao tema proposto. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A miotomia endoscópica é uma técnica elaborada para o tratamento da acalasia pela redução do esfíncter esofágico inferior (EEI) através da secção da camada muscular circular do esôfago distal e cárdia seguindo a linha de cirurgia endoscópica transluminal por orifícios naturais (NOTES: Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery). Uma preocupação pós-operatória é o refluxo gastroesofágico pela redução do tônus do EEI. Sua incidência ainda não está estabelecida na literatura, porém, a maioria dos pacientes que evolui com refluxo apresenta esofagites leves. A técnica consiste na criação de um túnel na submucosa do esôfago a partir de uma pequena incisão na camada mucosa realizada 10cm proximal ao EEI. Este túnel estende-se até 3cm da junção gastroesofágica. Posteriormente é realizada uma secção das fibras musculares circulares e cárdia, preservando as longitudinais. Após a miotomia, é realizado o fechamento da incisão utilizando cliques endoscópicos. O procedimento é realizado sob anestesia geral e antibioticoprofilaxia. Tal procedimento ainda é restrito a poucos centros especializados pelo requerimento de habilidades técnicas rebuscadas, porém, se realizada poderá aliviar sinais deletérios da acalasia como disfagia, regurgitação noturna e complicações como broncoaspiração. **CONCLUSÃO:** O estudo permitiu o conhecimento de um novo método de tratamento para acalasia, que é uma desordem de motilidade, resultante de danos nos nervos do tubo alimentar, impedindo que o esôfago direcione o alimento para o estômago. A técnica é a miotomia endoscópica peroral, demonstrada através do corte da mucosa seguido da secção da musculatura circular do esôfago distal, obtendo melhora dos sintomas e queda da pressão do esfíncter esofágico inferior à manometria, com baixos índices de complicação.

**DESCRITORES:** Miotomia. Disfagia. Anestesia

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **AÇÃO ANTICOAGULANTE E ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO DO ALHO (ALLIUM SATIVUM) NA PREVENÇÃO DA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA**

JAYNE SILVA DE MESQUITA<sup>1</sup>; LUCAS LEITE CAVALCANTE<sup>1</sup>; RENATA OLIVEIRA LOPES<sup>1</sup>; THALYTA LAYZE PAIVA VASCONCELOS<sup>1</sup>; VINICIUS NOGUEIRA TRAJANO<sup>2</sup>

As diversas propriedades medicinais presentes em plantas são expostas desde a antiguidade. Através de chás, infusões, extratos, dentre outros derivados, inúmeras espécies podem ser utilizadas na prevenção e até no tratamento de patologias diversas. Nessa perspectiva, destaca-se o alho (*Allium sativum* L.) e seus efeitos no sistema cardiovascular, frente às suas propriedades influentes na coagulação sanguínea e na biomecânica vascular. O presente estudo tem como objetivo analisar os efeitos dos compostos ativos do alho e correlacioná-los à prevenção da trombose venosa profunda (TVP). Para isso, pautou-se na publicação de referências encontradas em artigos indexados em bases de dados do Ministério da Saúde e em revistas científicas, além das referências bibliográficas. A TVP é uma doença caracterizada pela formação de trombos nas veias profundas, desenvolvidos a partir de uma tríade descrita pelo patologista Rudolf L. Virchow: estase, lesão endotelial e estado de hipercoagulabilidade. Dessa maneira, a profilaxia dessa patologia envolve, análoga e resumidamente, minimizar os fatores desencadeadores supracitados. Tendo isso em vista, tem-se o consumo do alho como medida preventiva à hipercoagulabilidade, isso porque o *Allium Sativum* L. possui, dentre outros princípios ativos, alicina e tiosulfinais. Tais substâncias químicas são compostos voláteis que contêm enxofre, responsáveis pelo odor aliáceo e, enfaticamente, constituintes com ação antiplaquetária. Antiplaquetários ou antiagregantes plaquetários são substâncias com capacidade de impedir a ativação e agregação plaquetária, processo inicial à formação de um coágulo sanguíneo, sendo assim preventivos à TVP. Ademais, o ajoene é outro composto organossulfurado presente no alho, este com atividade biológica anticoagulante, vasodilatadora e hipotensora. Portanto, o alho possui princípios ativos persistentes na prevenção da TVP, visto sua ação antiplaquetária e anticoagulante. O modo de utilização desse fitoterápico consiste no consumo do bulbo do alho ou essências/medicamentos extraídos deste. Contudo, tal aplicação tem de ser discutida e avaliada por profissionais médicos, nutrólogos e/ou farmacêuticos, pois este uso também tem contraindicações à exemplo, indivíduos susceptíveis a sangramento e efeitos colaterais. Cabe citar, ainda, que a maioria das recomendações médicas preventivas à TVP são quase exclusivamente direcionadas aos grupos classificados de risco à doença.

**DESCRITORES:** Trombose Venosa. *Allium Sativum*. Prevenção

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **GOTA: UMA ABORDAGEM FISIOLÓGICA**

ANA LETÍCIA FERNANDES LIRA<sup>1</sup>; ANDREZZA MARIA SOUZA VIANA BARRETO<sup>1</sup>; FLAVIANO DE RESENDE OLIVEIRA FILHO<sup>1</sup>; JOÃO ALVES DA SILVA NETO<sup>1</sup>; MARIA LUIZA NÓBREGA LINS<sup>1</sup>; RAPHAEL BATISTA DA NÓBREGA<sup>2</sup>

Nos últimos anos, no Brasil, vem havendo, principalmente na classe masculina, um aumento nos casos de artropatia inflamatória, ocasionada pela doença denominada “gota”. O risco relativo de incidência desta doença é de 1,95 e seu índice de massa corporal está entre 25 e 29,9kg/m<sup>2</sup>, de acordo com estudos do Nacional Health Interview. A gota, ou artrite gotosa, é caracterizada por ser ocasionada pelo acúmulo de ácido úrico, que costuma se depositar no interior das articulações. Os principais fatores que podem potencializar o acometimento dessa doença são: a hipertensão arterial sistêmica; longevidade; doenças crônicas, como a insuficiência renal; o uso de medicamentos, tais como a aspirina e diuréticos; assim como a obesidade e síndromes metabólicas. Também foi observada uma relação entre dietas ricas em proteínas, a gota e o uso de bebidas alcoólicas associadas à hiperuricemia. Com o avanço clínico, algumas comorbidades podem ser vistas, como deformidades das articulações e o aparecimento de tofos. Esta patologia pode ser classificada em artrite aguda e gota tofácea crônica, podendo se manifestar em três fases: crises agudas, período intercrítico e artropatia crônica. Os sintomas usualmente são: inflamação e inchaço nas articulações, artralgia, artrite aguda e sinais flogísticos. Atualmente, o padrão ouro para o diagnóstico da gota vem sendo utilizado no estudo de cristais de urato monossódico na microscopia óptica, sendo consideradas também como opções para diagnóstico a anamnese e exames de imagem. A intervenção terapêutica para o tratamento da gota é feita de duas formas: a curto prazo, os anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) são utilizados para amenizar a intensidade das crises; a longo prazo, o objetivo é reduzir a quantidade de urato para prevenir a formação de novos cristais, e seu tratamento é feito de forma individualizada. Por fim, devido ao aumento da incidência da gota, conclui-se que esta artrite pode causar alterações, sendo danosas principalmente nas articulações, levando a limitações funcionais e desconforto dos indivíduos.

**DESCRITORES:** Gota. Ácido Úrico. Inflamação

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# A RELAÇÃO DO ELEVADO NÍVEL DE ÁCIDO ÚRICO DA GOTA COM O METABOLISMO

ANNA CAROLYNA FERREIRA DINIZ<sup>1</sup>; GUSTAVO OLIVEIRA FREITAS<sup>1</sup>; JOSÉ LUCIANO MENDES FILHO<sup>1</sup>; MATHEUS FELIPE HENRIQUES BRANDÃO<sup>1</sup>; HOMERO PERAZZO BARBOSA<sup>2</sup>

**Introdução:** A gota é uma patologia relacionada ao metabolismo das purinas e que possui como etiologia a formação de cristais de urato monossódico com formato de agulhas nos tecidos e líquidos corporais, principalmente nas articulações ósseas, a qual deriva do acúmulo de ácido úrico, produto da degradação das purinas, no organismo. A hiperuricemia deve-se, na maioria dos casos, a problemas na eliminação do ácido úrico do organismo ou à ingestão elevada de alimentos ricos em purina, como bebidas alcoólicas e carnes vermelhas. As principais manifestações da gota são a artrite aguda, a nefropatia gotosa e a artrite tofácea crônica. Além disso, a hiperuricemia presente em pacientes com gota também está relacionada com problemas relacionados à síndrome metabólica, como a resistência insulínica e hiperinsulinemia. **Objetivos:** Correlacionar a hiperuricemia de pacientes com gota e a resistência à insulina e a hiperinsulinemia devido aos distúrbios metabólicos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura fundamentada a partir da coleta de informações de artigos retirados de sites científicos como Scielo, Google Acadêmico e de livros científicos voltados para patologia. **Resultados e discussões:** A relação entre a hiperuricemia e a síndrome metabólica tem sido avaliada nos mais recentes estudos. Para isso, relatou-se em pesquisas que a atual dieta rica em frutose pode desencadear hiperuricemia e características típicas da síndrome metabólica. Isso ocorre devido a ação do ácido úrico, o qual vai inibir a biodisponibilidade de óxido nítrico (NO). Este é importante para a ação da insulina pois promove o fluxo sanguíneo, ajudando na absorção da mesma. Então, a baixa disponibilidade de NO desenvolve uma resistência à insulina e, conseqüentemente, uma hiperinsulinemia. Além disso, o ácido úrico também causa um estresse oxidativo, que se envolve na resistência à insulina. **Considerações finais:** quadros clínicos de gota, os quais são causados pela hiperuricemia, podem vir a apresentar sérios distúrbios no metabolismo humano, de forma que, como citado nos resultados, ele esteja relacionado com a resistência à insulina e com a hiper secreção do hormônio insulina pela pâncreas endócrino.

**DESCRITORES:** Gota. Hiperuricemia. Síndrome Metabólica

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



# **ACALASIA COMO CONSEQUÊNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS**

ALICIA TENÓRIO CAVALCANTE<sup>1</sup>; FRANCISCO SARMENTO DE OLIVEIRA JUNIOR<sup>1</sup>; LARA VIRGINIA LIRA NOGUEIRA<sup>1</sup>; LUCAS DA COSTA FERNANDES<sup>1</sup>; VICTORIA CARVALHO TAVARES EMIDIO<sup>1</sup>; WERUSKHA ABRANTES SOARES BARBOSA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A acalasia é uma doença do esôfago caracterizada pela ausência dos movimentos peristálticos que empurram os alimentos para o estômago e pelo estreitamento do esfíncter do esôfago, o que causa dificuldade para engolir sólidos e líquidos, tosse noturna e emagrecimento, por exemplo. É importante que a acalasia seja identificada e tratada rapidamente para que se possam evitar complicações, como deficiências nutricionais, problemas respiratórios e, até mesmo, câncer no esôfago. Embora acalasia idiopática e acalasia consequente à doença de chagas tenham manifestações clínicas semelhantes, mesmo tratamento e ambas comprometem o plexo mientérico do esôfago, é possível que as alterações motoras do esôfago provocadas pelas duas doenças não sejam iguais, consequência da diferente intensidade da destruição dos neurônios inibitórios e excitatórios do esôfago. **OBJETIVO:** Analisar e explicar a acalasia como uma consequência da doença de Chagas. **METODOLOGIA:** O trabalho se trata de uma revisão literária de livros e artigos científicos acerca da doença de chagas e sua relação com acalasia. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A acalasia ocorre devido a uma falha no relaxamento da cárdia, juntamente com a dismotilidade do corpo esofágico, ou seja, não há a produção de movimentos peristálticos, gerando uma dificuldade de passagem do alimento pela transição esofagogástrica. Os principais sinais clínicos desta disfunção são: disfagia (principal sintoma tanto para líquido quanto para sólidos), regurgitação, dor torácica, tosse noturna, azia, pirose (queimação) e perda de peso. O seu diagnóstico é sugerido pelo quadro clínico e confirmado por exames diagnósticos específicos, como endoscopia digestiva alta (EDA), estudo radiológico contrastado de esôfago, estômago e duodeno e manometria esofágica. O tratamento inclui dilatação, denervação química, miotomia cirúrgica e miotomia endoscópica peroral. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A doença de Chagas mais prevalente na região central do Brasil, constitui uma causa conhecida de distúrbio motor por desnervação. Nela o agente causal é uma infecção pelo T. Cruzi que por fatores autoimunes, levam a uma destruição da inervação do esôfago. O termo megaesôfago é muito utilizado para traduzir as alterações morfológicas e indica uma dilatação esofágica decorrente da estase causada pela dismotilidade do órgão. O tratamento vai variar a cada caso, podendo ser clínico ou cirúrgico ou ainda através de dilatações endoscópicas e injeções de toxina botulínica.

**DESCRITORES:** Disfagia. Doença de Chagas. Acalasia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## PROGNÓSTICO DA ACALÁSIA PÓS MIOTOMIA DE HELLER

ÉLID SOUZA LIMA<sup>1</sup>; JOÃO VICTOR MAIA LIMA COSTA<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA DE SÁ FARIAS<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA LEITE FONTES DO Ó<sup>1</sup>; THALES HENRIQUE DE ARAUJO SALES<sup>2</sup>

Acalásia é um distúrbio da motilidade do esôfago em que o esfíncter esofágico inferior (próximo à cárdia) não consegue relaxar acarretando obstrução funcional e disfagia. Caracteriza-se por um esôfago grosseiramente contorcido e dilatado (megaesôfago). A principal origem etiológica no Brasil consiste na Doença de Chagas (90% dos casos), podendo também ser causada por drogas, malignidade, pseudo-obstrução intestinal crônica, insuficiência suprarrenal familiar, pós-vagotomia ou ser idiopática. É caracterizada pela destruição das células ganglionares musculares lisas dos plexos mioentéricos de Auerbach, resultando em disfunção motora e dilatação progressiva, não apenas do esôfago, mas também do cólon, ureteres e outras vísceras. No corpo do esôfago ocorre perda da peristalse, traduzida por ausência de contrações ou contrações simultâneas. Com a evolução do processo, o esôfago se dilata, surgindo então o megaesôfago, uma alteração anatômica secundária a um distúrbio funcional. O seu diagnóstico é dado principalmente por raio-x e pela manometria esofágica, feito para testar a eficiência do peristaltismo do esôfago. Esta doença pode ser tratada a partir de medicamentos, endoscopia ou cirurgia. No caso de intervenção cirúrgica, é indicada nos pacientes com acalásia que apresentam megaesôfago graus I, II, III e seletivamente em quatro casos de megaesôfago grau IV (classificação de Resende). Os resultados dos procedimentos clínicos, intervencionistas e cirúrgicos apontam a cirurgia como o tratamento mais seguro e efetivo da acalásia. A recorrência dos sintomas em longo prazo geralmente se associa à miotomia incompleta, fibrose na junção esofagogástrica e/ou refluxo gastroesofágico com esofagite. A indicação da abordagem cirúrgica nos casos de megaesôfago avançado consiste, portanto, em uma escolha criteriosa, a depender da experiência do serviço de cirurgia, das opções terapêuticas disponíveis e das condições clínicas do paciente em questão.

**DESCRITORES:** Acalásia. Miotomia de Heller. Megaesôfago

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **ASMA: MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS E REDUÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA HUMANA**

DRIELLY LAYANNE DE OLIVEIRA FERNANDES<sup>1</sup>; MARIA CLARA SOUSA PEIXOTO<sup>1</sup>; PAULINA RODRIGUES PEREIRA DA CRUZ<sup>1</sup>; REBECA DE SOUSA FRANÇA<sup>1</sup>; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS<sup>2</sup>

**Introdução:** A asma é uma das doenças inflamatórias crônicas mais comuns, sendo um problema mundial de saúde, acometendo cerca de 300 milhões de pessoas. Estima-se que no Brasil existem aproximadamente 20 milhões de asmáticos, sendo a terceira ou quarta causa de hospitalizações pelo SUS (2,3% do total), cujas repercussões atingem não somente o paciente, mas todo o universo familiar, podendo trazer problemas complexos e implicações em longo prazo, que irão se traduzir em prejuízo na qualidade de vida das pessoas. Qualquer que seja a gravidade da asma, há redução nos domínios físico, psicológico e social da avaliação da qualidade de vida em geral, com a maioria dos asmáticos apresentando restrições em sua vida e pior status de saúde, comparados a indivíduos sem asma. **Objetivos:** Identificar e descrever os mecanismos fisiopatológicos da asma e sua relação direta na qualidade de vida humana. **Metodologia:** O trabalho consiste na realização de uma revisão de literatura, sobre a Asma, com destaque para sua fisiopatologia. Para tal, foi realizado pesquisas na base de dados Medline e Scielo. **Resultados:** A asma pode causar consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais aos seus portadores. Essas limitações podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes. As crises asmáticas são desencadeadas pela combinação da predisposição genética com a exposição a fatores causadores de alergia, sendo específicos (alérgenos inaláveis, substâncias derivadas de ácaros, animais domésticos e fungos do ar) e inespecíficos (tabaco, mudanças climáticas). Durante as crises são liberados mediadores inflamatórios, como a histamina. Os efeitos imediatos destas substâncias são vasodilatação e extravasamento vascular, com conseqüente edema da parede brônquica, hipersecreção de muco e broncoconstrição, além de dispneia, sibilos e sensação de aperto no peito. O diagnóstico é baseado na avaliação clínica e testes funcionais. De maneira geral, a redução na qualidade de vida dos asmáticos é proporcional ao grau de atividade da doença. **Considerações finais:** É importante compreender os mecanismos fisiopatológicos da asma para um diagnóstico precoce. O objetivo do tratamento da asma resulta no controle da doença e melhor qualidade de vida dos seus portadores, evitando a perda futura da capacidade respiratória. Enfatizando que, a qualidade de vida envolve aspectos multidimensionais (físicos, emocionais e sociais) e, portanto, difícil de ser almejada apenas por parâmetros físicos.

**DESCRITORES:** Asma. Fisiopatologia. Qualidade de Vida

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ARTRITE GOTOSA**

FRANCIMAR ALVES DE OLIVEIRA NETO<sup>1</sup>; ISABEL CRISTINA ARAÚJO DE MEDEIROS<sup>1</sup>; MARIA CLARA TELES DE SOUZA<sup>1</sup>; MAXSUEL PEREIRA DO NASCIMENTO<sup>1</sup>; SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA<sup>2</sup>

A artrite gotosa, conhecida como gota, é um conjunto patológico no qual os indivíduos apresentam como fatores comuns os níveis séricos elevados de ácido úrico e a presença de cristais de urato nos rins e nas articulações. Além de ser classificada em primária e secundária, essa doença possui aspectos multicausais, que correlacionam desde fatores genéticos até elementos metabólicos e comportamentais. É evidente a importância da Atenção Primária (AP) no diagnóstico e tratamento da gota, pois a AP, além de ser a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), esse nível de atenção realiza um trabalho interdisciplinar, utiliza de instrumentos de abordagem familiar, assim como de mecanismos de referência e contrarreferência e do Plano Terapêutico Singular. O presente trabalho tem por objetivo mostrar a importância da Atenção Primária no diagnóstico e tratamento da artrite gotosa, bem como a relevância daquela no âmbito social e de saúde. Para isso, foram utilizados artigos da SciELO e as literaturas Fundamentos de Patologia e Tratado de Saúde Coletiva, em que foram analisados regulamentos inerentes à Atenção Básica, compreendendo-a como fator essencial ao diagnóstico e tratamento da gota. Assim, os estudos evidenciaram que a gota afeta predominantemente homens com idade acima de 40 anos, e que possui como fatores predisponentes a obesidade, insuficiência renal, dietas ricas em purinas e consumo de álcool. Ademais, por apresentar como principais sintomas a dor, vermelhidão e edema articulares, é comum que os indivíduos acometidos busquem assistência médica, inicialmente, na Atenção Primária, devendo fazer parte das habilidades do profissional a realização do diagnóstico e tratamento dessa patologia. Nesse sentido, é dever do médico, a partir da avaliação de cada paciente, decidir se irá referenciá-lo para uma Atenção Especializada para que o tratamento seja iniciado ou continuado, considerando seus condicionantes sociais de saúde. Diante do contexto exposto, obtém-se a máxima de que a Atenção Primária em saúde, utilizando de suas múltiplas ferramentas, a exemplo da equipe multiprofissional e do mecanismo de interligação em rede, é capaz de contribuir para o diagnóstico e tratamento eficiente do usuário acometido por artrite gotosa. Portanto, por ser composta por um ambiente apropriado e por profissionais capacitados, a Atenção Primária representa uma estrutura indispensável para garantir uma melhor qualidade de vida para a comunidade, a partir de uma visão holística e humanizada desses usuários.

**DESCRITORES:** Atenção Primária. Artrite gotosa. Ácido Úrico

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **CORRELAÇÕES ENTRE AS ACALÁSIAS ESOFÁGICAS IDIOPÁTICAS E AS DECORRENTES DA DOENÇA DE CHAGAS**

JOÃO LUCAS PEREIRA XAVIER<sup>1</sup>; JOÃO MATHEUS COSTA RIBEIRO<sup>1</sup>; MARCOS HENRIQUE MACEDO DE SOUZA<sup>1</sup>; MARIANA FIGUEIREDO PEREIRA<sup>1</sup>; MYLLENA LUCENA DE BRITO<sup>1</sup>; RAPHAEL BATISTA DA NÓBREGA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A acalásia idiopática e a que é gerada a partir da doença de Chagas possuem uma sintomatologias e tratamentos próximos, mas é possível identificá-las a partir de diferenças fisiopatológicas. **METODOLOGIA:** Esse estudo foi realizado por meio de releituras e revisões bibliográficas por acadêmicos do 2º período do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A acalásia é uma disfunção da motilidade esofágica, tendo como características o relaxamento parcial ou ausente do esfíncter inferior do esôfago, contrações não-peristálticas do esôfago e conseqüentemente a formação do megaesôfago. A acalasia idiopática (IdAc), não possui causa definida, é menos frequente e de progressão mais lenta que a acalasia chagásica (ChAc). Estudos apontam que na IdAc a lesão prevalente é a dos neurônios de função inibitória, enquanto na ChAc ambas as inervações são lesadas, o que leva a crer que na acalasia primária a pressão exercida no esfíncter inferior do esôfago deveria ser mais alta, na chagásica deveria ser uma pressão normal ou até mais baixa. O diagnóstico pode ser feito a partir de uma radiografia simples de tórax, em que se procuram alargamento do mediastino, ausência da bolha gástrica e nível de líquido dentro do esôfago. Pode ser feito também uma endoscopia superior, podendo identificar o bloqueio parcial do esôfago e até fazer coleta de tecido para biópsia. No esofagograma, com a administração de sulfato de bário via oral, realizou radioscopia e radiografias para avaliar presença de dilatação. Normalmente no esofagograma se usa a classificação de Rezende para as ChAc. **CONSIDERAÇÕES:** Diante das pesquisas e do estudo realizado acerca da correlação entre a acalásia chagásica e a acalásia idiopática, pode se identificar e definir semelhanças e diferenças em seus comportamentos fisiopatológicos. Esse estudo se faz relevante, tendo em vista a incidência da acalásia, principalmente no Brasil, que tem a Doença de Chagas como maior associação à patologia.

**DESCRITORES:** Acalásia. Acalásia Chagásica. Acalásia Idiopática

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **TROMBOSE VENOSA PROFUNDA E SUA CORRELAÇÃO COM O USO DE ANTICONCEPCIONAIS**

ISABELLA MARIA PIMENTEL BARBOSA<sup>1</sup>; LUMA MARIA MANGUEIRA DANTAS<sup>1</sup>; SOFIA SOUSA SANTANA<sup>1</sup>; SOPHIA NOBRE DE MOURA<sup>1</sup>; THALES HENRIQUE DE ARAÚJO SALES <sup>2</sup>

A trombose venosa profunda é uma patologia que se caracteriza pela formação de um coágulo no interior de uma veia profunda, ele irá circular no sangue até se prender e ocasionar o bloqueio do fluxo sanguíneo. Essa doença está diretamente ligada ao uso de anticoncepcionais, sendo seu uso considerado a terceira maior causa de doenças vasculares. O presente estudo utilizou como base artigos científicos, revisões literárias e o Google Acadêmico. A entrada das mulheres no mercado de trabalho acarretou uma diminuição no índice de fecundação e conseqüentemente o aumento no uso de métodos contraceptivos, a fim de impedir uma gestação. Tais métodos classificam-se como reversíveis e definitivos, os reversíveis consistem no uso de preservativos, método de tabela, dispositivos intra-uterinos, adesivos dérmicos, anticoncepcionais orais, entre outros. Enquanto os definitivos constituem a laqueadura das tubas uterinas, para as mulheres e a vasectomia, para os homens. Os anticoncepcionais de uso oral são os mais utilizados, contudo, este medicamento que apresenta a principal função de inibir a ovulação, está sendo diretamente relacionado com a trombose venosa profunda. As pílulas provocam resistência às proteínas C-reativas, que possuem ação anticoagulantes, provocando uma desarmonia do sistema circulatório, favorecendo assim, a formação de trombos. Outro fator que deve ser levado em consideração antes do início do uso desses fármacos é o histórico familiar de patologias cardiovasculares e circulatórias, uma vez que a predisposição genética aumenta consideravelmente o risco de acidentes trombóticos. As pílulas combinadas com o hormônio estrogênio estão ligadas aos maiores casos de complicações vasculares, as mulheres que apresentam fatores de risco para trombose devem utilizar as chamadas minipílulas, estas contêm apenas progesterona. A trombose venosa profunda pode ser assintomática e sua sintomatologia está ligada a extensão do trombo e do seu grau de oclusão, caracteriza-se por dores nos membros inferiores, inchaço na perna afetada e cianose. Suas complicações podem resultar em síndromes pós-trombóticas e embolias pulmonares, seu tratamento é baseado em medicamentos diluidores do sangue, anticoagulantes e heparina, associados ao uso de meias de compressão. Desse modo, conclui-se que a utilização de anticoncepcionais causa uma predisposição para o desenvolvimento da trombose venosa profunda.

**DESCRITORES:** Efeitos Adversos. Fisiopatologia. Trombose Venosa Profunda

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **O USO DA CANNABIS COMO TRATAMENTO ALTERNATIVO PARA A ASMA**

ANDRESSA RAMOS NÓBREGA<sup>1</sup>; CLARA JÉSSICA DA COSTA E SILVA<sup>1</sup>;  
LETÍCIA ARAÚJO BANDEIRA<sup>1</sup>; MARIA DAS GRAÇAS DE AZEVEDO DINIZ<sup>1</sup>;  
SUELLEN MARIA PINTO DE MENEZES SILVA VIANA<sup>2</sup>

Apesar de muito popular na medicina, uma vez que é conhecida e utilizada como tratamento desde a antiguidade em várias partes do mundo, a utilização da Cannabis sativa (Cs), na modernidade, passou por um declínio nessa área. Só na década de 90, após descobertas envolvendo receptores canabinóides endógenos, é que a sua utilização para usos terapêuticos voltou a ser abordada. Caracteriza-se por possuir uma importante função fisiológica antiinflamatória, que se destaca no tratamento paliativo da asma, uma doença atópica, na qual o contato com o alérgeno pode causar inflamação e obstrução das vias aéreas, além de uma hiperresponsividade brônquica. O principal canabinóide envolvido nesse processo antiinflamatório é o Canabidiol (CBD). Diante de uma revisão literária, o presente trabalho tem por objetivo analisar os efeitos do canabidiol como um tratamento alternativo para a asma. Para isso, foram analisados artigos do Scielo, revistas científicas e a tese de doutorado Efeitos do canabidiol em um modelo murino de asma alérgica foca na inflamação e no processo de remodelamento. Nos estudos citados o Canabidiol se destaca por possuir afinidade com receptores canabinóides do tipo CB2 (a nível periférico, explicando a não dependência química, visto que os receptores CB1 presentes no sistema nervoso central não serão ativados) presentes em células B, células T e macrófagos, todas envolvidas nos processos inflamatórios da asma, pois, entre vários processos fisiológicos, esta resposta se dá também pela presença de Linfócitos T no pulmão, que produzem citocininas, responsáveis por regular a síntese de imunoglobulinas. Normalmente, o tratamento contra os efeitos da asma envolve a inalação de medicações com efeito anti-inflamatórias, que dilatam as vias brônquicas, e permitem o retorno da respiração normal. Entretanto, não são todos os pacientes que apresentam melhora significativa em seu quadro clínico mesmo com um tratamento medicamentoso constante. Levando em consideração que o Canabidiol tem aplicabilidade clínica como anti-inflamatório e broncodilatador e que utiliza substâncias naturais, promovendo um enorme benefício fisiológico para o paciente que não fica exposto aos fármacos e seus efeitos colaterais negativos. No entanto, debates amplos serão necessários para esclarecer a importância médica da cannabis, por se tratar de uma substância detida de inúmeros preconceitos pela sua comercialização e utilização recreativa, além de estar atribuída ao misticismo por muitos.

**DESCRITORES:** Asma. Canabidiol. Antiinflamatório

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA: A ASMA NA TERCEIRA IDADE

ANTÔNIO FERNANDO CALDAS ESPÍNOLA NETO<sup>1</sup>; EDUARDO AMARO DA SILVA<sup>1</sup>; EMANUEL BIONE AIRES<sup>1</sup>; ERICK MATHEUS CAVALCANTE ALVES<sup>1</sup>; MARCOS ANTÔNIO ALVES DE MEDEIROS<sup>2</sup>

A asma é uma doença pulmonar obstrutiva que causa dificuldade de respirar, fadiga, sibilância (som semelhante a um assovio) e em casos mais graves pode levar a óbito. Essa doença está relacionada com o estreitamento dos brônquios que dificultam a passagem de ar e podem vir associadas a hipersecreção de muco. A asma tem como característica a formação de peito de pombo em indivíduos afetados causado pelo esforço excessivo do diafragma para expulsar o ar alterando a forma dos ossos da costela e do esterno. A asma não apresenta diferença de quadro clínico entre pacientes com idade mais avançada e crianças. Entretanto, indivíduos com idade mais avançada tendem a cronicidade (a recorrência). Com o passar da idade a um aumento da resistência viscosa pulmonar, ocorre assim uma menor pressão negativa intratorácica fazendo com que aja uma dificuldade em expulsar o ar surgindo assim uma insuficiência respiratória que pode desencadear tosses, cansaço rápido e indisposição. Como metodologia foi realizado através de consultas bibliográficas com o intuito de aprofundar o conhecimento a respeito da doença obstrutiva pulmonar: Asma. s resultados e discussões são a incidência e stima-se que 6,4 milhões de brasileiros acima dos 18 anos sejam afetados por essa doença pulmonar obstrutiva crônica. O tratamento da asma é realizado a longo prazo e os medicamentos utilizados para essa enfermidade são anti-inflamatórios e para aliviar e melhorar os sintomas das crises são utilizados broncodilatadores e fisioterapia respiratória. Para que tenha um maior exito no tratamento dos afetados é necessário que os afetados façam testes alérgicos através das imunoglobulinas (IGE) para identificar os antígenos envolvidos pois, a asma é diretamente relacionada com o sistema imune que atua de maneira exacerbada. Maneira de controle da asma geralmente, ela é controlada com inaladores de resgate, que tratam os sintomas, e inaladores de controle (esteroides), que os previnem. Considerações finais, a asma é uma doença pulmonar obstrutiva que causa dificuldade de respirar pela obstrução dos brônquios, com tratamento por fármacos e mais graves pode levar o enfermo ao óbito.

**DESCRITORES:** Asma. Broncodilatadores. Óbito

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## **O IMPACTO DA DOENÇA DE CHAGAS PARA A DEGLUTIÇÃO**

ANA CLARA RODRIGUES DO NASCIMENTO BEZERRA<sup>1</sup>; CAROLINA GONÇALVES DA CUNHA LIMA<sup>1</sup>; MARIA ALICE ALVES SANTIAGO<sup>1</sup>; PAULA GABRIELA BARBOSA DA SILVA SOUTO<sup>1</sup>; CAROLINA UCHÔA GUERRA BARBOSA DE LIMA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** O cerne deste trabalho consiste na alteração promovida pela doença de Chagas no ato da deglutição. A importância do presente estudo está relacionada ao fato de que essa patologia é uma das doenças com maior disseminação no território americano. Conquanto as manifestações clínicas mais expressivas dessa enfermidade atinjam tanto o coração, como o esôfago e cólon; a maioria das pesquisas desenvolvidas no âmbito nacional se restringem às implicações cardíacas desta. **OBJETIVOS:** Considerando a corriqueira dificuldade no diagnóstico e tratamento dos doentes nos locais de expressivo índice epidemiológico; o objetivo dessa pesquisa é contribuir para o diagnóstico diferencial dessa patologia. **METODOLOGIA:** Para tanto, procedeu-se uma revisão de literatura, a qual se baseou na leitura de periódicos disponibilizados no banco de dados da Scielo e BVS. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A disfagia está geralmente associada à redução da motilidade e trânsito pelo esôfago, principalmente da parte distal. A causa da dificuldade de deglutição está relacionada ao relaxamento parcial ou total do esfíncter esofágico inferior e a elevação isobárica, simultânea e sem diferença de pressão considerável ao longo do tubo esofágico. Esse quadro clínico assemelha-se ao da acalásia idiopática, sendo, todavia, mais comum a presença de megaesôfago avançado no momento do diagnóstico da doença de Chagas quando comparada àquela. A acalásia provocada pela doença de Chagas afeta de 7% a 10% das pessoas infectadas pelo *Trypanosoma Cruzi*, protozoário causador da doença (DANTAS, 2003, p. 126). É importante destacar que o aparecimento das complicações da acalásia em pacientes com doença de Chagas depende do grau de comprometimento do plexo mioentérico. A redução da motilidade esofágica provocada pela referida complicação faz com que indivíduos acometidos com a doença ingiram a água de forma mais lenta, apresentando um volume de ingestão menor. Não se observa, porém, diferença entre a velocidade de deglutição de água entre a acalásia da doença de Chagas e da forma idiopática. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nesse sentido, diante de um caso clínico de dor torácica, odinofagia, vômitos, astenia, perda de peso, palidez muco-cutânea e halitose; recomenda-se solicitar hemograma, endoscopia digestiva alta e radiografia baritada do esôfago. Em sendo identificada dilatação do esôfago com afilamento distal (aspecto de cauda de rato ou bico de pássaro), deve-se requerer teste de imunofluorescência indireta para anti-T.Cruzi a fim de realizar o diagnóstico diferencial entre acalásia idiopática e chagásica.

**DESCRITORES:** Doença de Chagas. Acalásia. Dilatação Esofágica

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# CARDIOMIOTOMIA LAPAROSCÓPICA NA CORREÇÃO DA ACALASIA CHAGÁSICA

ANA BEATRIZ ALBUQUERQUE POMPEU<sup>1</sup>; ANA GABRIELA VENANCIO DE PAULA BEZERRA<sup>1</sup>; CAIO GABRIEL BARBOZA ARAGÃO<sup>1</sup>; GIOVANNA MAGLIANO CARNEIRO DA CUNHA FLORÊNCIO<sup>1</sup>; MARIA FERNANDA COUTINHO PESSOA<sup>1</sup>; HOMERO PERAZZO BARBOSA<sup>2</sup>

A acalasia é uma doença motora do esôfago caracterizada pelo enfraquecimento ou perda da motilidade da musculatura, resultante da destruição do plexo de Auerbach, que origina o megaesôfago. O tratamento da acalasia pode ser medicamentoso, cirúrgico ou endoscópico. Dentre as modalidades terapêuticas, a cirurgia da cardiomiotomia laparoscópica é a que mais se destaca quando comparada a farmacológica e a endoscópica devido à menor recidiva dos sintomas e menor taxa de mortalidade. O presente trabalho tem como objetivo sustentar a cardiomiotomia laparoscópica como abordagem mais eficaz para a correção da acalasia chagásica, por meio da revisão bibliográfica de artigos e estudos publicados no SciElo, PubMed e BVS. A cardiomiotomia laparoscópica, de Heller, é um procedimento cirúrgico minimamente invasivo em que os músculos da cárdia são cortados para permitir o relaxamento do esfíncter gastroesofágico. Ainda, esse procedimento é frequentemente associado a funduplicatura, inserção de válvula anti-refluxo, para evitar o desenvolvimento de Doença do Refluxo Gastro Esofágico. A abordagem cirúrgica mostra-se eficaz na remissão a longo prazo dos sintomas, apresentando menor incidência de disfagia e menor necessidade de tratamento complementar, o que afeta positivamente a qualidade de vida do paciente. A taxa de mortalidade (0,5%) e de perfuração (4%) são superiores às do tratamento cirúrgico, 0,2% e 1%, respectivamente. A cárdia é uma região de alta tensão muscular que atua como barreira entre o esôfago e o estômago. Visto que na acalasia o plexo de Auerbach é destruído, o relaxamento do esfíncter para a passagem do alimento é dificultado. Assim, o mecanismo farmacológico age permitindo o relaxamento do esfíncter, pela redução do influxo transmembrana de íons de cálcio para o interior da célula. Entanto, o tratamento farmacológico é o menos efetivo por ter um efeito transitório na remissão dos sintomas, resposta clínica baixa e efeitos colaterais como hipotensão e cefaléia, de forma que é indicado apenas para pacientes que não desejam ou são incapazes de submeter-se aos procedimentos. Conclui-se que a cardiomiotomia laparoscópica com funduplicatura possibilita remissão prolongada dos sintomas, menor mortalidade e menor necessidade de re-tratamento quando comparado com outros métodos, sendo mais segura, eficiente e possibilita maior qualidade de vida para o paciente.

**DESCRITORES:** Acalasia Esofágica. Miotomia de Heller. Funduplicatura

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# ASMA: TRATAMENTO ASSOCIADO À QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

AYSSA MARINHO VITORINO DE ALMEIDA<sup>1</sup>; DEISE XAVIER SIMPLÍCIO<sup>1</sup>; JOÃO ANTONIO BATISTA DE MATOS SOARES<sup>1</sup>; LARYSSA MARQUES PEREIRA CRIZANTO<sup>1</sup>; MARIA LEONÍLIA ALBUQUERQUE MACHADO AMORIM<sup>2</sup>

**Introdução:** A asma brônquica é uma síndrome inflamatória crônica de elevada prevalência na população, acometendo cerca de 300 milhões de indivíduos. O manejo criterioso no tratamento da asma é fundamental para o controle da doença e atua na ampliação da qualidade de vida do paciente asmático. Não obstante, quando não tratada, a asma pode acarretar uma série de limitações nas atividades diárias do paciente. **Objetivo:** Observar como o tratamento adequado da asma corrobora na melhoria de qualidade de vida dos pacientes asmáticos. **Metodologia:** Tratou-se de uma revisão sistemática, realizada nas bases de dados SCIELO e na Biblioteca Virtual de Saúde. Como estratégia de busca foi utilizada os seguintes descritores: “asma”, “tratamento” e “qualidade de vida”. Foram identificados 15 artigos completos, destes, 10 foram considerados pertinentes ao objeto de estudo por terem os seguintes critérios de inclusão: publicados na íntegra nos últimos cinco anos e no idioma português. **Resultados e Discussão:** Em doenças como a asma, existem três objetivos na terapia que devem ser almejados: redução da mortalidade, modificação dos fatores desencadeantes da doença e melhoria da qualidade de vida com diminuição das crises agudas. Quando este tratamento não é eficiente, episódios de crise aguda durante a noite tornam-se mais frequentes, fator esse que contribui para a diminuição da qualidade de vida do paciente asmático, visto que resultará por afetar seu sono e, conseqüentemente, seu bem estar físico e emocional e afetando também suas atividades cotidianas, ocasionando sonolência diurna excessiva e falta de concentração para processos cognitivos. Outrossim, estudos comprovaram que a asma não controlada acarreta maior debilidade do sono, de esforço físico, atividade social, além do aumento do número de hospitalizações decorrentes desse problema. **Conclusão:** A asma é uma das doenças respiratórias crônicas mais comuns. Embora não tenha cura, com o tratamento adequado, os sintomas podem melhorar e até mesmo desaparecer ao longo do tempo, acarretando melhorias na qualidade de vida do paciente. Diante disso, é fundamental fazer acompanhamento médico correto e constante, visando ampliar o bem estar físico, psíquico e social do paciente asmático.

**DESCRITORES:** Asma. Tratamento. Qualidade de Vida

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## ABORDAGEM DIAGNÓSTICA NA ASMA

BEATRIZ ROBERTA L. ALVES<sup>1</sup>; MARIA ELISA BRITO GADELHA<sup>1</sup>; MAYSSA MARTIM FURTADO LACERDA<sup>1</sup>; IARA MEDEIROS DE ARAUJO<sup>2</sup>

A asma é o resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais. A inflamação é o aspecto central da asma e como resultado, as vias aéreas são hiperresponsivas e contraem-se facilmente em resposta a uma ampla gama de estímulos. Essa alteração pode causar tosse, sibilos, dispneia e opressão torácica. A expressão aumentada de genes inflamatórios define as alterações celulares e estruturais do aparelho respiratório enquanto o meio ambiente modula os diferentes fenótipos asmáticos. A interação entre a rede imune no pulmão e as células residentes das vias aéreas, produtoras-chave de citocinas, quimocinas e fatores de crescimento, produz essa doença respiratória. Como resultado, as principais alterações anatomopatológicas incluem a presença de células inflamatórias nas vias aéreas, exsudação de plasma, edema, hipertrofia da musculatura lisa peribrônquica, tampões mucosos e desnudamento do epitélio brônquico. Nesse cenário, os corticosteróides inalatórios são considerados o pilar terapêutico do manejo da asma crônica persistente. Corticosteróides suprimem a inflamação crônica em asmáticos revertendo a acetilação da histona promovida pelos genes inflamatórios. Desse modo, objetivo do tratamento da asma é melhorar a qualidade de vida da pessoa, por meio do controle dos sintomas e pela melhora da função pulmonar. O tratamento medicamentoso é realizado junto com medidas educativas e de controle dos fatores que podem provocar a crise asmática. Em suma, prevenção e controle são a chave para impedir que os ataques de asma comecem. As medicações de uso contínuo servem para minimizar a sensibilidade e a inflamação as quais os brônquios da pessoa asmática estão sujeitos, fazendo com que os pulmões reajam com menos intensidade aos agentes irritantes, como poeira e ácaros.

**DESCRITORES:** Asma. Fatores Genéticos. Fatores Ambientais

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# PANORAMA DA HEPATITE B NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DA PATOLOGIA

ALÉXIA BRITO BRAGA PEGADO<sup>1</sup>; CAMILA GOUVEIA PERES<sup>1</sup>; MARINA ISMAEL DA COSTA BORGES<sup>1</sup>; REBECA PACHECO BEZERRA<sup>1</sup>; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA<sup>2</sup>

A Hepatite B é um dos cinco tipos de hepatite existentes no Brasil e constitui um grave problema de saúde pública. Estima-se que 350 milhões de pessoas, ou seja, 5% da população mundial sejam portadores dessa virose. Admite-se que a infecção evolui para a cura em 90% a 95% dos casos e para o estado de portador crônico nos restantes 5% a 10%; a infecção persistente pode resultar também em cirrose, insuficiência hepática e carcinoma hepatocelular. É causada pelo vírus B (HBV), é uma doença infecciosa, também chamada de soro-homóloga. Como o HBV está presente no sangue, no esperma e no leite materno, a hepatite B é considerada uma doença sexualmente transmissível. Entre as causas de transmissão estão: relações sexuais sem camisinha com uma pessoa infectada; da mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação; compartilhamento de material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos), de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam) ou de confecção de tatuagem e colocação de piercings; transfusão de sangue contaminado. O diagnóstico de qualquer das formas clínicas da hepatite B realiza-se através de técnicas sorológicas. Os médicos, hoje, possuem acesso a modernas técnicas laboratoriais capazes de avaliar a carga viral, o índice de replicação do agente infeccioso e a eficácia das novas medicações utilizadas. Na maioria dos casos não apresenta sintomas e muitas vezes é diagnosticada décadas após a infecção, com sinais relacionados a outras doenças do fígado, como cansaço, tontura, enjoo, vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados. Vários agentes antivirais têm sido usados no tratamento dos indivíduos com hepatite crônica, como o interferon alfa, a lamivudina, o famciclovir, e o adefovir dipivoxil, entre outros. A imunização ativa utilizando as modernas vacinas recombinantes constitui, na atualidade, a arma mais importante no combate à infecção pelo vírus da hepatite B.

**DESCRITORES:** Hepatite viral. Hepatite B. Interferon

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# FEBRE REUMÁTICA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

BARBARA CUNHA JUBERT<sup>1</sup>; GABRIEL AUGUSTO RÉGIS PAULO NETO DE ALMEIDA<sup>1</sup>; JOÃO GABRIEL LEMOS DE MENESES<sup>1</sup>; LUCAS GUTEMBERG SALES GURGEL<sup>1</sup>; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA<sup>2</sup>

A febre reumática ainda é uma doença incidente nos países em desenvolvimento, no Brasil estima-se 30.000 casos por ano, causada por uma infecção pelo *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do grupo A, pode acometer pacientes geneticamente predispostos, e pela sua prevalência, considera-se um importante problema público. Diante disso, este estudo objetiva-se em descrever a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da doença. Metodologia: O presente estudo foi realizado mediante pesquisa bibliográfica realizada na base de dados da BVS e SCIELO, tendo como caráter de inclusão os artigos publicados que abordavam a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da febre reumática, publicados nos últimos cinco anos. Resultados e discussões: A febre reumática é uma doença infecciosa, que geralmente acomete crianças entre 05 e 15 anos, surge quando o indivíduo tem predisposição genética a doença. Ela ocorre após um episódio de amigdalite bacteriana causada pelo *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico e pode acometer articulações, cérebro e corações, quando não prevenida ou tratada corretamente, pode ocasionar lesões cardíacas graves e até levar à morte. O diagnóstico da doença pode ser feito com base nos sinais clínicos, assim como a presença de anticorpos da bactéria no organismo, após a confirmação do diagnóstico, o tratamento consiste na administração de antibióticos como a Penicilina Benzina e Benzatril, após isso é só controlar os episódios de amigdalite como forma de prevenção aos surtos da doença que tende a aparecer cada vez mais forte. Considerações finais: Diante o exposto conclui-se que a febre reumática é uma doença infecciosas em indivíduos que têm a predisposição à bactéria causadora e é primordial a sua prevenção para evitar complicações devido aos surtos da patologia que a cada episódio tende a aparecer mais forte.

**DESCRITORES:** Febre Reumática. Tratamento. Diagnóstico

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## O DESENVOLVIMENTO DA COREIA DE SYDENHAM COMO CONSEQUÊNCIA DA FEBRE REUMÁTICA

ALINE FERREIRA DE SOUSA<sup>1</sup>; FERNANDA PEREIRA DA SILVA<sup>1</sup>; FILIPE PINTO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; MIRNA BARBOSA BEZERRA TÔRRES<sup>1</sup>; SIMONE ARNDT KELM<sup>1</sup>; CLÉLIA DE ALENCAR XAVIER MOTA<sup>2</sup>

A Coreia Aguda de Sydenham é um distúrbio neurológico caracterizado fisicamente pela descoordenação dos movimentos de braços, pernas e face, de maneira abrupta, arrítmica e involuntária. Tal síndrome pode ser desenvolvida isoladamente e também como consequência de doenças como a febre reumática. Esta é uma inflamação aguda autoimune, que se manifesta em decorrência de infecções mal curadas ocasionadas por bactérias estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, comprometendo principalmente articulações, coração, pele e podendo atingir o sistema nervoso central pelo distúrbio Coreia Aguda de Sydenham. O presente trabalho tem o intuito de mostrar a relação da síndrome coreica com a doença autoimune que acomete principalmente crianças e adolescentes na faixa etária entre 5 e 15 anos. Pesquisas apontam que a relação da coreia com a febre reumática ocorre por uma reação de mimetismo molecular, no qual ocorre deposição no sistema nervoso central de imunocomplexos formados por anticorpos do hospedeiro produzidos pela presença do estreptococo com proteínas de superfície de neurônios dos núcleos da base, por uma reação cruzada, causando hiperperfusão e aumento do metabolismo dos gânglios da base. A incidência da coreia de sydenham nos pacientes com a doença reumática não é alta, ocorre em cerca de 15% a 20% dos casos diagnosticados, porém, a presença da coreia no paciente se interpreta clinicamente como um sinal maior, de acordo com os critérios de Jones, sendo, portanto, um importante achado para a conclusão do diagnóstico de febre reumática. Contudo, como ela se manifesta tardiamente (cerca de meses após a infecção estreptocócica, inclusive quando outros sintomas cessam) por vezes e de maneira errônea a coreia não é relacionada à febre reumática aguda. Pelo desgaste neurológico e físico que o distúrbio coreico provoca, é necessária intervenção imediata medicamentosa (com auxílio de imunossuppressores e diazepínicos), bem como requer internação hospitalar na maioria dos quadros, para estabilizar e tratar o paciente de maneira que ele fique sem comprometimentos posteriores.

**DESCRITORES:** Coreia de Sydenham. Febre Reumática. Neurologia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: CONHECENDO TAL PATOLOGIA

BRUNA LIMA DANTAS DE MORAES<sup>1</sup>; JOSÉ ANÍBAL COSTA MARCOLINO GOMES FILHO<sup>1</sup>; RENATA CAROLINE ALVES DA SILVA<sup>1</sup>; VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA<sup>2</sup>.

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica de caráter autoimune, nos quais os sintomas podem surgir em diferentes órgãos lentamente e progressivamente ou mais rapidamente. São reconhecidos dois tipos principais de lúpus: o cutâneo, que se manifesta apenas com manchas na pele (geralmente avermelhadas ou eritematosas), principalmente nas áreas que ficam expostas à luz solar e o sistêmico, no qual um ou mais órgãos internos são acometidos. Alguns sintomas são gerais como a febre, emagrecimento, perda de apetite, fraqueza e desânimo. Outros, específicos de cada órgão como dor nas juntas, manchas na pele, inflamação da pleura, hipertensão e/ou problemas nos rins. O trabalho tem por objetivo compreender os sinais e sintomas que causam o lúpus eritematoso. A pesquisa em questão foi realizada por acadêmicos do terceiro ano de medicina da faculdade Nova Esperança que utilizou como embasamento teórico o acesso ao banco de dados da SCIELO, site da Sociedade Brasileira de Reumatologia, Livro Tratado de Fisiologia Médica de Guyton e Hall. Os resultados obtidos mostraram que os sintomas do LES variam de acordo com a intensidade, fase de atividade ou remissão da patologia e o órgão acometido, pois cada um vai apresentar sinais e sintomas específicos ou gerais. Na pele ele causa manchas avermelhadas principalmente no dorso do nariz e nas maçãs do rosto, nas articulações vai causar edema e dor, gera um quadro de pleurite e pericardite, alterações nos exames de sangue e urina e seu agravamento evoluem para inchaço nas pernas, urina espumosa, pressão alta, diminuição de urina e insuficiência renal. Causa alterações neurológicas e nos quadros mais graves levam a convulsões, psicoses, depressão e alterações na condução do impulso em nervos periféricos. Além de gerar um quadro de anemia, leucopenia e plaquetopenia, por destruição das células sanguíneas pelo sistema imunológico. Assim é fundamental pontuar que, o Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença que merece total embasamento e deve ser abordado com frequência não só entre os estudantes da área da saúde, mas também pela população de um modo geral. Portanto, é de suma importância o conhecimento das manifestações clínicas de tal doença.

**DESCRITORES:** Lúpus Eritematoso Sistêmico. Doenças Autoimunes. Lupus

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



# FEBRE TIFOIDE: SINTOMAS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTO

JOÃO PEDRO PERAZZO GOMES PEREIRA<sup>1</sup>; JULIA MARIA NOBREGA MINERVINO<sup>1</sup>; PEDRO VICTOR SEVERO DE MACEDO DUARTE<sup>1</sup>; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA<sup>2</sup>

A febre tifoide é uma doença infectocontagiosa transmitida por bactéria por meio do consumo de água e alimentos contaminados ou pelo contato direto. A doença está diretamente associada a baixos níveis socioeconômicos, principalmente em regiões com precárias condições de saneamento básico, higiene pessoal e ambiental. É causada pela *Salmonella typhi*, subespécie enterica sorotipo Typhi (*S. Typhi*), que é um patógeno especificamente humano. É um bacilo Gram negativo, móvel, pertencente à família Enterobacteriaceae. Possui alta infectividade, baixa patogenicidade e alta virulência, o que explica a existência de portadores (fontes de infecção não doentes) que desempenham importante papel na manutenção e disseminação da doença na população. É transmitida principalmente através de água e alimentos contaminados. A contaminação de alimentos, geralmente, ocorre após a manipulação por portadores ou pacientes oligossintomáticos. Legumes e verduras mal lavados, frutos do mar mal cozidos ou crus, leite e derivados não pasteurizados e até produtos congelados e enlatados podem veicular a bactéria. A transmissão se dá exclusivamente por via fecal-oral. Ao penetrar no organismo, as bactérias que não são destruídas pelo suco gástrico no estômago, atravessam a parede do intestino delgado e caem na corrente sanguínea. Nessa fase, surgem os primeiros sintomas. Como a *Salmonella typhi* pode multiplicar-se no interior das células de defesa, a infecção se dissemina pelo organismo. Os órgãos mais afetados costumam ser o fígado, baço, vesícula, medula óssea e todo o intestino. O período de incubação varia entre oito e 14 dias. Os sintomas começam leves, vão crescendo de intensidade nas três primeiras semanas depois do contágio e só começam a regredir na quarta semana. Os mais característicos são febre prolongada, alterações intestinais que vão da constipação à diarreia com sangue, cefaleia (dor de cabeça), falta de apetite, mal-estar, prostração, aumento do fígado e baço, distensão e dores abdominais, náuseas e vômitos. Em alguns casos, aparecem manchas rosadas no tórax e abdômen conhecidas por roseola tífica.

**DESCRITORES:** Febre Tifoide. Doença Infectocontagiosa. *Salmonella Typhi*

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **CARDIOPATIA REUMÁTICA CRÔNICA EM DECORRÊNCIA DA RESPOSTA IMUNE DA DOENÇA REUMÁTICA**

MAELY MOREIRA DE ABRANTES<sup>1</sup>; MARIA BEATRIZ PIRES NÓBREGA DE QUEIROZ<sup>1</sup>; RAFAELA RAMALHO CESAR<sup>1</sup>; THALITA DE SÁ LIRA BRAGA E SILVA<sup>1</sup>; MARIA ANUNCIADA AGRA DE OLIVEIRA SALOMÃO<sup>2</sup>.

A febre reumática (FR) e a cardiopatia reumática crônica (CRC) são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas. A FR afeta especialmente crianças e adultos jovens. A mais temível manifestação é a cardite, que responde pelas sequelas crônicas, muitas vezes incapacitantes, em fases precoces da vida. No presente trabalho foram utilizados artigos originais na base de dados Scielo, livros e documentos que discorrem sobre o tema trabalhado. A existência de processo autoimune na FR foi postulada após a observação de que as lesões no coração estavam associadas a anticorpos que reconheciam tecido cardíaco por mimetismo molecular. Assim, anticorpos e linfócitos T do hospedeiro dirigidos contra antígenos estreptocócicos também reconhecem estruturas do hospedeiro, iniciando o processo de autoimunidade. A resposta mediada por linfócitos T parece ser especialmente importante em pacientes que desenvolvem cardite grave. Na cardite reumática, anticorpos reativos ao tecido cardíaco, por reação cruzada com antígenos do estreptococo, se fixam à parede do endotélio valvar e aumentam a expressão da molécula de adesão VCAM I, que atrai determinadas quimiocinas e favorecem a infiltração celular por neutrófilos, macrófagos e, principalmente, linfócitos T, gerando inflamação local, destruição tecidual e necrose. A presença de linfócitos T CD4+ no tecido cardíaco foi demonstrada em grande quantidade em pacientes com CRC e sugere papel direto destas células na patologia da doença. O papel funcional desses linfócitos foi demonstrado a partir do isolamento de clones de linfócitos T infiltrantes do tecido cardíaco (miocárdio e valvas), provenientes de pacientes submetidos à cirurgia para correção valvar e capazes de reconhecer tanto antígenos da proteína M do estreptococo quanto antígenos cardíacos, evidenciando pela primeira vez o mimetismo molecular que ocorre entre o tecido cardíaco e o estreptococo, com ativação de linfócitos T CD4+ levando a processo de autoagressão. Pode-se concluir que a FR é uma doença que pode evoluir com complicações graves, mas que pode ser facilmente prevenida, contudo o percentual de pacientes acometidos ainda é crescente.

**DESCRITORES:** Cardiopatia Reumática. Febre Reumática. Fisiopatologia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# CHOQUE CARDIOGÊNICO: DIAGNÓSTICOS E ATIVIDADES ASSISTÊNCIAS

MATHEUS KALID BELARMINO<sup>1</sup>; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA<sup>2</sup>

O Choque Cardiogênico (CC) é uma situação de hipoperfusão tecidual sistêmica por incapacidade do músculo cardíaco em fornecer um débito adequado às necessidades do organismo. O CC, principalmente pós-IAM, está associado à alta mortalidade. O objetivo é descrever as manifestações clínicas do CC e propor alguns diagnósticos relacionando atividades assistenciais específicas. Utilizou-se como metodologia para a elaboração desse trabalho a revisão bibliográfica e análise do caso clínico do projeto de tutoria, realizado por alunos do P3A de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. As fontes bibliográficas de consulta foram livros e artigos científicos identificados a partir da busca eletrônica. O presente estudo tem como objetivo descrever as manifestações clínicas do Choque cardiogênico e propor alguns diagnósticos de relacionando atividades assistenciais específicas. As manifestações clínicas do CC mais citadas foram: sinais de baixo débito; taquicardia; taquisfigmia filiforme; turgência jugular; dispnéia; estertoração pulmonar; ritmo cardíaco galopante; hiperglicemia; hiper e hipocalemia; hipernatremia; lactato sérico aumentado e arritmias no ECG. Para o tratamento do Choque cardiogênico, o suporte medicamentoso, volêmico, ventilatório e circulatório, com necessidade do uso de drogas vasoativas associadas a agentes trombolíticos, ventilação mecânica, balão intra-aórtico e controle da dor tornam-se importantes. Logo, alguns diagnósticos foram descritos, tais como: (a) débito cardíaco diminuído relacionado à pré-carga e pós-carga elevadas e diminuição da contratilidade cardíaca; (b) troca de gases prejudicada relacionada a mudanças na membrana alvéolo-capilar; e (c) perfusão cardiopulmonar, encefálica, periférica e renal ineficaz relacionada ao fluxo sanguíneo arterial diminuído. Para tanto, foram relacionadas as seguintes atividades assistenciais: monitorizar as condições hemodinâmicas; administrar drogas inotrópicas, vasopressoras, trombolíticas e associadas e controlar seus efeitos; avaliar o estado neurológico e o padrão respiratório; monitorizar os níveis gasométricos; ofertar oxigênio conforme a necessidade clínica do paciente e monitorizar o débito urinário. Portanto, a ênfase no diagnóstico e nas atividades assistenciais, específicos para o CC, facilita a assistência no momento que prioriza as necessidades clínicas do paciente.

**DESCRITORES:** Choque Cardiogênico. Diagnóstico. Hipoperfusão

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **PERFIL CLÍNICO DE GESTANTES PORTADORAS DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

CARLOS AURÉLIO SILVA TORQUATO NETO<sup>1</sup>; CÉSAR HENRIQUE BATISTA DE MELO<sup>1</sup>; JOÃO PAULO OLIVEIRA ACIOLY<sup>1</sup>; NAIR PEIXOTO XAVIER CLEROT<sup>1</sup>; RODRIGO BARACUHY DA FRANCA PEREIRA<sup>1</sup>; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA<sup>2</sup>

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune do tecido conjuntivo, crônica, multissistêmica, caracterizada por períodos de atividade e remissão a gravidez no LES é uma condição frequente, visto que é uma doença com maior incidência em mulheres em idade reprodutiva e a fertilidade não é afetada diretamente pela doença. Esse trabalho tem como objetivo determinar os aspectos clínicos e suas principais manifestações em pacientes gestantes portadoras do lúpus eritematoso sistêmico. A coleta bibliográfica foi realizada por meio de pesquisas sobre o tema em questão, baseada nos conhecimentos adquiridos no Scielo e Google Acadêmico. Focando no perfil clínico e nas complicações materno-fetais associadas ao LES. Diversos estudos mostram um maior risco de complicações materno-fetais nas gestantes com LES, decorrente de atividade de doença, associação com os anticorpos antifosfolípides (AFL) e hipertensão. Também é verificado que histórico de lúpus grave como nefrite e mau passado obstétrico também aumentam o risco de complicações. Essas complicações incluem perdas gestacionais, prematuridade (parto com menos de 37 semanas de gestação), baixo peso (neonato com menos de 2500g), restrição do crescimento intrauterino (RCIU), pré-eclâmpsia e mortalidade neonatal e materna. Gestantes com LES são consideradas de alto risco. Toda paciente com LES deve ser aconselhada a não engravidar na presença de doença ativa. Anticorpos AFL devem ser dosados por estarem relacionados com maior risco de complicações materno-fetais. Durante o acompanhamento da gestação deve-se buscar o controle da atividade de doença e reduzir a dose de corticosteroides. O planejamento e o acompanhamento durante a gestação por profissionais com conhecimento da doença de base podem reduzir as complicações.

**DESCRITORES:** Lúpus Eritematoso Sistêmico. Doença Autoimune. Gestantes

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# LÚPUS INDUZIDO POR DROGAS: ASPECTOS GERAIS DA DOENÇA

BRENDA GRISI DE ANDRADE<sup>1</sup>; LARA PAIVA DINIZ<sup>1</sup>; MARIA CLARA AZEVEDO BATISTA DE MEDEIROS CARVALHO<sup>1</sup>; MARIA CLARA SALGADO ARAGÃO DE CASTRO<sup>1</sup>; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA<sup>2</sup>

O lúpus induzido por drogas (LID) é descrito como o desenvolvimento de sintomas semelhantes ao do lúpus eritematoso sistêmico idiopático, temporalmente relacionado à exposição a drogas. A associação mais clássica é feita com a procainamida e a hidralazina. Recentemente, com a introdução de novas drogas na prática clínica, tem sido relatado um aumento no número de medicamentos implicados como causadores da doença, e a lista atual inclui quase uma centena de drogas relacionadas à ocorrência de LID. O objetivo do trabalho é conhecer e discernir uma forma diferente do lúpus, analisando seus aspectos gerais como etiopatogenia, epidemiologia, sintomas e tratamento. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada por acadêmicos de 3º período de Medicina da FAMENE. Para a realização do estudo buscou-se o acesso aos bancos de dados BVS, PUBMED, SCIELO, o Portal do Ministério da Saúde e livros e texto. Estima-se uma incidência de 15 mil a 20 mil casos de LID por ano em todo o mundo. Considera-se que mais de 10% dos casos de LES são droga-induzidos, estimando-se em quase 100 o número de medicações envolvidas. É mais comum na raça caucasiana, sendo raro nos negros; apresenta igual ocorrência entre os sexos, e a idade média mais avançada (50 anos). O quadro clínico pode ser semelhante ao lúpus eritematoso cutâneo subagudo e crônico. O tempo decorrido entre a exposição à droga e a ocorrência dos sintomas varia de 30 dias a vários anos. Sintomas semelhantes aos do lúpus idiopático, como artralgia, mialgia, febre e, ocasionalmente, pleurite e pericardite, podem ser observados. As lesões de pele e a artralgia são muito comuns, entretanto, diferentemente do LES, o acometimento do sistema nervoso central e renal é bastante incomum no LID. A presença de eritema nodoso, púrpuras ou pápulas eritematosas é mais comum na forma induzida por drogas do que no lúpus idiopático. O processo, de forma geral, é considerado uma ativação inapropriada do sistema imunitário, em que múltiplos mecanismos estão envolvidos. As características laboratoriais e clínicas da doença são semelhantes, independentemente da droga indutora. Em geral, são necessários meses a anos de exposição às drogas para o desencadeamento das manifestações. O tratamento baseia-se essencialmente no reconhecimento da condição clínica induzida pelo medicamento e imediata suspensão da droga.

**DESCRITORES:** Autoimune. Desencadeamento. Medicamentos

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## UMA VISAO EPIDEMIOLOGICA DA TUBERCULOSE

CYNTHIA ROLIM DE ALMEIDA<sup>1</sup>; LAUAN NUNES NOGUEIRA<sup>1</sup>; MARIA DEBORA FEITOSA MATIAS<sup>1</sup>; MARCOS AUGUSTO MACENA ROMÃO<sup>1</sup>; OSABELA LAURINDA DE MELO SOUZA<sup>1</sup>; MARIA DO SOCORRO VIEIRA PEREIRA<sup>2</sup>

**Introdução:** A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). A doença apresenta algumas características marcantes como: um longo período de latência entre a infecção inicial e a apresentação clínica da doença. No Brasil foram notificados, no ano de 2017, 72 mil novos casos de tuberculose. De acordo com a nova classificação da OMS 2016-2020, o Brasil ocupa a 2ª posição na lista dos 30 países prioritários para TB. Segundo o Ministério da Saúde-2017, a região do Nordeste noticiou 24,8% dos casos de tuberculose no Brasil. **Objetivo:** Realizar uma análise detalhada da epidemiologia da tuberculose na Paraíba. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica a respeito da epidemiologia da tuberculose realizada por alunos do 3 período de medicina da Famene. Para a realização do estudo, buscou-se acesso a bancos de dados em sites acadêmicos de referência como Scielo, BVS, DataSus e texto livro. **Resultados e discussões:** Estudos mostram que a Paraíba revela 7851 casos de tuberculose, ficando, em 6º colocação no ranking dos estados do Nordeste. Com propósito de reduzir o coeficiente de incidência da doença, em 2017, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle (CGPNCT), pronunciou o Plano Nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. As estratégias nela encontradas são: prevenção e cuidado integrado centrado na pessoa com tuberculose; políticas arrojadas e sistema de apoio; intensificação da pesquisa e inovação. Observou-se que a Paraíba manteve uma média anual de 1308 casos de tuberculose demonstrando um declínio no número de casos nos últimos anos, o que pode estar relacionado à eficácia da implantação de políticas públicas, a exemplo do Plano Estratégico de Controle da Tuberculose. **Considerações Finais:** Realizando-se uma abordagem ampliada da epidemiologia da tuberculose, verifica-se, ainda, grave incidência e agravamento nos casos de tuberculose na Paraíba. Sendo bastante necessária intervenção do governo frente a esta problemática.

**DESCRITORES:** Epidemiologia. Tuberculose. Paraíba

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# FEBRE REUMÁTICA, ASSOCIADA A CARDIOPATIA REUMÁTICA CRÔNICA

CATHERINE BEZERRA DANTAS<sup>1</sup>; MARIA CAMILA ALVES DE OLIVEIRA<sup>1</sup>;  
PAULA CELYANNE DE MELO<sup>1</sup>; VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA<sup>2</sup>

Febre reumática, ou reumatismo infeccioso, é uma doença inflamatória, de caráter autoimune, provocada pela bactéria *Streptococo* beta-hemolítico do grupo A de Lancefield, a mesma responsável por infecções de garganta e pele. A enfermidade, em geral, se manifesta por volta de sete a 15 dias depois de um episódio infeccioso de faringite ou amigdalite com febre. A origem da doença parece estar associada a uma reação cruzada de anticorpos produzidos originalmente contra produtos e estruturas dos estreptococos, concretizando, principalmente, um quadro de cardiopatia reumática. O trabalho objetiva-se em conhecer as características clínicas da febre reumática e os fatores associados. Trata-se de uma revisão da literatura indexada em 2019 por acadêmicos do 3 período de medicina da FAMENE nos bancos de dados SCIELO, BVS, livros texto e portal da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR). A faringite por estreptococos do grupo A é precursora etiológica da febre reumática aguda, embora o hospedeiro e os fatores ambientais sejam importantes. Os fatores de risco genéticos do hospedeiro incluem o D8/antígeno celular 17 B e certos antígenos de histocompatibilidade classe II. Desnutrição, superpopulação e baixas condições socioeconômicas predispoem a infecção estreptocócica e subsequentes episódios de febre reumática. As articulações, o coração, a pele e o SNC são mais frequentemente afetados. Na cardiopatia reumática crônica, podem ocorrer espessamento valvar, fusão e retração ou outra destruição das cúspides, provocando estenose ou insuficiência. Similarmente, os cordões tendinosos podem sofrer encurtamento, espessamento ou fusão, piorando a insuficiência das valvas lesadas ou levando a insuficiência de valvas não afetadas. A dilatação dos anéis valvares também pode provocar regurgitação. O prognóstico depois de um episódio inicial de febre reumática aguda depende principalmente da gravidade com que o coração é afetado, e se existe um episódio recorrente de FRA. Deve-se manter continuamente a profilaxia antiestreptocócica, com a penicilina benzatina, após o episódio inicial da febre reumática aguda para prevenir recorrências. Com a base nas informações obtidas conclui-se que tanto a febre reumática como a cardiopatia reumática crônica são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas.

**DESCRITORES:** *Streptococos*. Estreptocócica. Faringoamigdalite

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **TUBERCULOSE PLEURAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CARACTERÍSTICAS E DIAGNÓSTICO**

AYLLA ALVES MENDES<sup>1</sup>; GUILHERME ANDRADE DE AZEVEDO<sup>1</sup>; LUANA RIBEIRO PEREIRA<sup>1</sup>; PEDRO JORGE FIGUEIREDO CUNHA<sup>1</sup>; VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA<sup>2</sup>

A tuberculose é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, com comprometimento pulmonar e/ou extrapulmonar. A forma clínica pulmonar com baciloscopia positiva é a que mais ocorre – em torno de 60% dos casos, seguida por 25% de pulmonares sem confirmação bacteriológica e 15% de formas extrapulmonares. Nas crianças, a tuberculose apresenta-se clinicamente de formas variadas e com quadro clínico pouco característico. Os adolescentes são mais susceptíveis a desenvolver tuberculose, por causa das alterações hormonais e no metabolismo do cálcio que ocorrem durante esta fase do crescimento. O intervalo de tempo entre a infecção inicial e o aparecimento da doença é também menor para os adolescentes, quando comparado àquele observado em indivíduos de outras faixas etárias. Objetiva-se conhecer as características e os métodos diagnósticos da tuberculose pleural infantil. Em um estudo brasileiro, a TB pleural correspondeu a 64% dos casos de TB extrapulmonar, seguida pela TB ganglionar e depois pela TB renal. O mecanismo mais frequente da TB pleural é a ruptura de um pequeno foco primário de localização subpleural. O diagnóstico em crianças, devido a sua característica, que possui uma quantidade ínfima de bacilos, deve ser realizado por meio de critérios epidemiológicos e clínico-radiológicos, baseando-se em quatro fundamentos: a clínica do paciente, o contágio com algum grupo de risco, a radiografia de tórax e o teste tuberculínico, estando presente três destes critérios pode-se confirmar o diagnóstico. Os sinais e sintomas da tuberculose na infância são inespecíficos, dificultando a suspeição clínica e retardando o diagnóstico da doença. O quadro clínico pode ser agudo ou subagudo, sendo composto por febre, dor pleurítica e tosse seca. O diagnóstico deve ser pesquisado pela toracocentese, que revela um líquido amarelo-citrino, turvo ou raramente serossanguinolento, cujo exame laboratorial confere com um exsudato, com densidade > 1.020, proteína > 2,5-3 g/dl, apresentando uma celularidade alta, com predomínio de mononucleares, exceto nos primeiros quinze dias de instalação. Conclui-se que a Tuberculose pleural é uma patologia que deve ser considerada e avaliada em crianças não toxemiadas que apresentem derrames pleurais. É considerada rara, sendo mais comum em adolescentes.

**DESCRITORES:** *Mycobacterium Tuberculosis*. Doença infecciosa. Diagnóstico

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## HERPES ZÓSTER: NEURAGIA PÓS-HERPÉTICA

ADRIANO FLORÊNCIO ALVES SILVA<sup>1</sup>; ANA BEATRIZ SOUSA CAVALCANTE<sup>1</sup>; DANIEL CAVALCANTE MAIA<sup>1</sup>; JOSÉ TALISON VIEIRA<sup>1</sup>; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA<sup>2</sup>

A herpes zoster (HZ) tem como causa a reativação do vírus varicela zoster nos gânglios das raízes espinhais dorsais e nos nervos cranianos, podendo ser ativada mesmo após anos de infecção por a varicela. Quando a imunidade do indivíduo está comprometida, ocorre o surgimento da doença. A reativação ocorre em sua maioria com indivíduos imunocomprometidos por outras doenças, como câncer, síndromes da imunodeficiência adquirida, lúpus eritematoso por exemplo, imunossupressão pós-transplantes e quimioterapia. Inicialmente o quadro clínico demonstra queimação leve a moderada cutânea, geralmente acompanhada de febre, calafrios, cefaleia e mal-estar, seguindo evolui para eritema cutâneo eritematoso maculopapular seguindo para o fim até um estágio final de crostas. No entanto, alguns pacientes podem apresentar apenas a dor radicular característica do HZ, não desenvolvem as lesões cutâneas, sendo chamado clinicamente de herpes sine herpete e pode ser mais grave que as manifestações usuais, afetando níveis diferentes do sistema nervoso. Para o diagnóstico, utilizado como padrão ouro, é utilizado a técnica de reação em cadeia pela polimerase (polymerase chain reaction - PCR) para amplificar o DNA do VZV. A coleta para utilizar na técnica de PCR pode ser através de biopsia da pele, da saliva, do fluido vesicular ou do líquido cefalorraquidiano. No período prodromico da doença, o diagnóstico do HZ é difícil, pois pode demorar até três semanas para o aparecimento das lesões cutâneas. Sendo assim, obtemos um atraso para iniciar o tratamento. O tratamento inicia com fármacos antivirais que aceleram a cura das erupções cutâneas, diminuem a intensidade e a duração das dores agudas e previnem prováveis ocorrências de neuralgia pós-herpética (NPH). Mesmo assim, alguns indivíduos iram desenvolver NPH, mesmo após o recebimento adequado dos antivirais. Em caso de dor aguda do HZ apresenta-se com variáveis intensidades, sendo leve até grave. Sendo, necessário a utilização de analgésicos comuns são utilizados para o controle da dor leve, contudo, pacientes que apresentam dor de intensidade elevadas, em sua maioria necessitam fazer uso de opioides. A utilização de anticonvulsivantes na fase aguda do HZ vem demonstrado um grande potencial para ajudar no alívio e na profilaxia da NPH, mas ainda são necessários ensaios clínicos controlados, pois ainda há um grande debate em relação a utilização do mesmo que utilização precoce de antivirais acelera a cura das erupções cutâneas e reduz a intensidade da dor. O diagnóstico e o tratamento precoce do HZ são importantes, na tentativa de otimizar a abordagem da dor na fase aguda e prevenir complicações, como o NPH.

**DESCRITORES:** Herpes. Neuralgia. Pós-Herpética

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR NA PARAÍBA

FERNANDA MARQUES VASCONCELOS<sup>1</sup>; LÍVIA NAZARÉ SOARES SILVA<sup>1</sup>;  
MAGLANE OAYANNA GOMES SANTANA<sup>1</sup>; MARIA EDUARDA MENEZES  
NUNES<sup>1</sup>; MICHELLE VIRGOLINO DE LACERDA<sup>1</sup>; VALÉRIA CRISTINA SILVA  
DE OLIVEIRA<sup>2</sup>

A tuberculose é uma doença crônica granulomatosa necrosante causada pelo bacilo álcool-ácido resistente *Mycobacterium Tuberculosis*. O local mais afetado pela doença é o pulmão, e os locais extrapulmonares mais comuns são os linfonodos, pleura, ossos e articulações. As fontes de transmissão são os seres humanos com tuberculose ativa, por meio da inalação de núcleos de gotículas infecciosas aerossolizadas pelos pacientes. O presente trabalho tem por objetivo verificar a prevalência da tuberculose extrapulmonar na Paraíba no período de 2010 a 2018. Trata-se de uma investigação longitudinal de estudo descritivo, realizado na Paraíba, com dados obtidos a partir do Sistema de informações em Saúde, disponíveis na internet. A escolha do período 2010 a 2018 ocorreu pela disponibilidade desses dados no DATASUS, em novembro de 2019. Optou-se por trabalhar somente com os casos confirmados de tuberculose extrapulmonar notificados e confirmados, caracterizados pelo sexo e faixa etária. Por se tratar de dados disponíveis em bancos oficiais de acesso livre, justifica-se a ausência de apreciação ética. De acordo com o DATASUS, foram notificados na Paraíba 1.751 casos de pacientes com tuberculose extrapulmonar, com predomínio do tipo pleural n= 611 (39,9%), ganglionar periférica n= 601 (34,3%), outros n=187 (10,7%) e a miliar n=102 (5,8%), demonstrando que a Paraíba segue a tendência do Brasil, no qual a tuberculose pleural é a mais prevalente, com 42% dos casos, seguida das formas ganglionar (21%), meníngea (6%), óssea (5%). Houve prevalência nas faixas etárias de 20 a 39 anos (44,8%) e 40 a 59 anos (29,4%), o sexo masculino foi o mais acometido, com 59,9% dos casos. Este perfil é semelhante ao encontrado na literatura. Segundo a nova classificação da Organização Mundial de Saúde 2016-2020, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para tuberculose e com 72.788 casos novos da doença em 2018. A tuberculose tem relação com o baixo índice socioeconômico e com os problemas de infraestrutura e logísticos ocasionados pela progressiva urbanização. O Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional com o objetivo de acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil, atingindo a meta de menos de 10 casos por 100 mil habitantes, até o ano de 2035. Dessa forma, a avaliação dos cenários reforça a necessidade de esforços na implementação de ações adicionais e específicas para cada realidade, visando ao alcance das metas estabelecidas no Plano Nacional.

**DESCRITORES:** *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberculose. Epidemiologia

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **DANÇA PERIGOSA: COREIA DE SYDENHAM (DANÇA DE SÃO VITO), PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO NEUROLÓGICA DA FEBRE REUMÁTICA.**

ANA DANIELLE CARVALHO ROLIM OLIVEIRA<sup>1</sup>; LAURA QUEIROZ SILVA<sup>1</sup>; MARIA JÚLIA COSTA PINHEIRO DE MOURA<sup>1</sup>; RODRIGO FALCONE RIBEIRO COUTINHO SOBRINHO<sup>1</sup>; MARIA ANUNCIADA AGRA DE OLIVEIRA SALOMÃO<sup>2</sup>

A febre reumática é uma doença autoimune que ocorre após infecção causada por *Streptococcus* beta-hemolíticos do grupo A (EBHGA). A doença pode afetar várias partes do corpo, como articulações, pele, coração e sistema nervoso, o que pode causar a Coreia de Sydenham (CS). A CS é uma desordem neurológica que geralmente se manifesta de 1 a 6 meses após infecção estreptocócica e ocasiona movimentos involuntários e descoordenados dos membros, cabeça, fraqueza muscular e alterações do discurso. A prevalência de febre reumática no Brasil é de aproximadamente 3% entre crianças e adolescentes, dos quais 5% a 36% desenvolvem coreia. O diagnóstico da CS é clínico, não havendo exames laboratoriais para confirmação. O objetivo deste estudo consiste em rever na literatura a manifestação da coreia de Sydenham como consequência da febre reumática, enfatizando seus sinais e sintomas. Trata-se de uma revisão bibliográfica a respeito da coreia de Sydenham, cuja manifestação é a principal consequência neurológica da febre reumática. A infecção estreptocócica ocasiona uma resposta imunológica direcionada aos núcleos da base no sistema nervoso e suas conexões com a área límbica, tálamo e lobo frontal, afetando o cérebro de forma ampla. Consequentemente, o paciente que manifesta a CS apresenta movimentos espasmódicos incontroláveis. Esses movimentos são rápidos, com pouca força, esporádicos, que evoluem com o estresse e regridem ou desaparecem ao dormir. Além disso, pode apresentar sintomas psicológicos, como hiperatividade e descontrole emocional. Vale ressaltar que o diagnóstico da febre reumática é baseado no quadro clínico e exame físico, associados a exames laboratoriais não-específicos. O diagnóstico da CS pode ser facilmente identificado, pois apresenta sintomatologia característica. Com base nos estudos obtidos, observou-se que a sintomatologia da coreia de Sydenham é um importante indício para o diagnóstico da febre reumática. Concomitantemente, melhores condições socioeconômicas, melhor acesso à informação, acesso a médicos capacitados para correto diagnóstico e tratamento, fazem com que a prevalência da febre reumática associada à coreia de Sydenham diminua.

**DESCRITORES:** Febre Reumática. Sistema Nervoso. Coreia de Sydenham

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# FEBRE REUMÁTICA CORRELACIONADA À CIRURGIA DE TROCA DE VALVA

LETICIA AMARAL SHIZUE SUASSUNA<sup>1</sup>; MARIA CAROLINA YOKO ARAUJO YAMAUCHI<sup>1</sup>; STEFANO EMANUELE CIRENZA<sup>1</sup>; CIBELLE CABRAL DAVID<sup>2</sup>

A febre reumática é uma doença inflamatória autoimune que atinge principalmente o coração, as articulações, a pele e o cérebro. A manifestação mais grave da febre reumática é a cardite, sendo evidenciada geralmente após sucessivas infecções pelo estreptococo beta hemolítico do grupo A. Trata-se de uma doença que gera altos custos para os serviços de saúde, os gastos com o tratamento são muito elevados. A FR representa a maior causa de cardiopatia com acometimento em crianças e adolescentes sendo responsável por 15% dos casos de insuficiência cardíaca em países que possuem FC endêmica. Na cardite, todo o coração é atingido pelo processo inflamatório (pancardite), mas é o comprometimento valvar que mais chama a atenção, já que o processo de fibrose (cicatrização) após a inflamação determina as sequelas valvares, sendo valva mitral a acometida em 70% dos casos, a valva aórtica em 25% dos casos e a valva tricúspide em 10%. O principal mecanismo imunológico que resulta nessas lesões ainda não é bem definido com clareza, entretanto, sabe-se que o mimetismo molecular realizado pelas bactérias causadoras da doença e o depósito de imuno complexos são fatores essenciais para que essas lesões ocorram. Os estreptococo responsáveis fazem mimetismo molecular com várias células e tecidos do hospedeiro resultando em reações cruzadas nas quais os anticorpos produzidos contra a bactérias infectantes não conseguem diferenciar por exemplo os polissacarídeos da parede bacteriana das glicoproteínas das valvas cardíacas, a membrana plasmática do estreptococo do sarcolema das células do músculo estriado e liso presentes no endocárdio e na camada media arterial, a proteína M bacteriana com o epitopo comum identificado e a tropomiosina e miosina. Ainda não se foi comprovado se as reações cruzadas são o mecanismo fundamental desse processo uma vez que as diversas apresentações clínicas possíveis sugerem a participação de vários mecanismos ocorrendo simultaneamente, com predomínio de um deles de acordo com a manifestação. Entre esses mecanismos temos o acúmulo de imunocomplexos, principalmente no coração, sistema nervoso central e cartilagem sinovial que resulta no eritema marginatum e na poliartrite e a perda da supressão imunológica sobre linfócitos B e linfócitos CD8 citotóxicos que resulta na cardite e na coréia. A cirurgia de troca valvar não é recomendada a ser feita em períodos agudização da doença. Diante das pesquisas realizadas, foi possível esclarecer e afirmar uma correlação benéfica existente entre a febre reumática e a cirurgia de troca da valva mitral.

**DESCRITORES:** Febre Reumática. Doença Inflamatória. Autoimune

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# CARDITE REUMÁTICA CRÔNICA E SUAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

NAYALLA JALES MAIA PEDROSA<sup>1</sup>; NARJARA SEIXAS BATISTA GADELHA<sup>1</sup>; RHÉVIA MARA DE FIGUEIREDO LEANDRO<sup>1</sup>; ROBERTA GUERRA DE BRITO OLIVEIRA LIMA<sup>1</sup>; VALÉRIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA<sup>2</sup>

A cardiopatia reumática crônica é uma complicação não supurativa da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A e resulta da resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas, em casos de febre reumática. Essa é uma doença que está frequentemente associada à pobreza e às más condições de vida. O estudo tem como objetivo conhecer as manifestações clínicas da Cardite Reumática Crônica. Trata-se de um estudo de revisão de literatura, tendo como caráter artigos científicos sobre cardite reumática crônica, indexados entre o período de 2010 a 2019, nas bases de dados da Scientific Electronic Library (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). De acordo com os achados, em decorrência de uma infecção prévia por *Streptococcus pyogenes* a febre reumática se manifesta inicialmente por um processo inflamatório, que tem uma evolução sistêmica. A febre reumática crônica afeta especialmente crianças e adultos jovens. A mais temível manifestação é a cardite, que responde pelas sequelas crônicas, muitas vezes incapacitantes, em fases precoces da vida, gerando elevado custo social e econômico. Pode deixar sequelas e acarretar óbito. A cardite tende a aparecer em fase precoce e, mais frequentemente, é diagnosticada nas três primeiras semanas da fase aguda. A cardite pode ser classificada como subclínica, leve, moderada ou grave. O acometimento cardíaco é caracterizado pela pancardite, entretanto são as lesões valvares as responsáveis pelo quadro clínico e pelo prognóstico. Os resultados apontam que a miocardite tem sido diagnosticada com base no abafamento da primeira bulha, no galope protodiastólico, na cardiomegalia e na insuficiênciacardíaca congestiva. O acometimento do endocárdio constitui a marca diagnóstica da cardite, envolvendo com maior frequência as valvas mitral e aórtica. Assim, essa manifestação desenvolve uma pancardite que envolve todas as camadas musculares do coração e uma valvulopatia que compromete o funcionamento rítmico do coração devido ao crescimento de nódulos nas valvas. Conclui-se que mesmo a Cardite, sendo tratada de forma crônica, onde seu tratamento medicamentoso dura para o resto da vida, intervenções cirúrgicas para troca das válvulas, pode deixar sequelas como arritmias e refluxo sanguíneo e acarretar óbito.

**DESCRITORES:** Tratamento Medicamentoso. Carditeinfeciosa. Febre Reumática

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **FALHA DO DIAGNÓSTICO E CRESCENTE MORTALIDADE POR FEBRE REUMÁTICA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

ADRIANA SUENYA FREITAS GONZAGA<sup>1</sup>; ANNY CAROLINA DE MELO GUEDES<sup>1</sup>; MARIANA SOARES GARCIA SUASSUNA<sup>1</sup>; VANESSA FREITAS DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; CLÉLIA DE ALENCAR XAVIER MOTA<sup>2</sup>

**Introdução:** De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tem 10 milhões de casos de faringotonsilite a cada ano, levando a aproximadamente 30.000 casos de febre reumática aguda (FRA). Cerca de 70% dos pacientes com FRA evoluem para cardite, e um terço das cirurgias cardiovasculares realizadas no Brasil são decorrentes de sequelas da Doença reumática cardíaca (DRC), sendo essa a complicação mais grave da FR. **Metodologia:** O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica, objetivando correlacionar o diagnóstico tardio com o aumento da prevalência e mortalidade da FR. Para tal foram utilizados artigos de bases de dados como Scielo, LILACS, PUBMED, dos anos de 2015 até 2019. **Resultados e Discussão:** A taxa de mortalidade por FRA subiu de 0,80 em 1998 para 2,52 em 2016, registrando um crescimento de 215%, já a taxa de mortalidade por DRC foi de 5,77 em 1998, aumentando para 8,22 em 2016 (crescimento de 42,5%), sendo esses números possivelmente subestimados devido a ausência de uma estratégia de vigilância específica para FR no Brasil bem como um banco de dados específico para essa patologia. Assim, por não termos dados semanais ou mensais, não foi possível avaliar estatisticamente a sazonalidade da doença. Outro ponto crucial seria a falha do diagnóstico, onde a maioria dos pacientes com sequelas reumáticas cardíacas graves é diagnosticada apenas na fase final da doença. As notificações de FRA permanecem abaixo do ideal, sendo essa realidade reflexo de uma falta de treinamento, equipe profissional de saúde temporária em áreas remotas, acesso precário a serviços médicos e afins. Por fim, foi percebido que falta de desenvolvimento social e econômico bem como uma prevenção primária ruim - especialmente em países de baixa e média renda - perpetuam um ambiente no qual a DRC permanece endêmica e com tendência de crescimento. **Conclusão:** A tendência crescente nas taxas de mortalidade por DCR e FRA, com incremento de 27,3% e 38,1%, respectivamente (2017-2019), evidenciam a necessidade de políticas públicas e programas de controle de FRA/DRC que levem ao diagnóstico precoce e à prevenção do desenvolvimento da doença e suas morbidades.

**DESCRITORES:** Febre Reumática. Cardiopatia Reumática. Políticas Públicas de Saúde

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## PREVENÇÃO DA HEPATITE B NO BRASIL

ISADORA PEREIRA BRITO<sup>1</sup>; KARYNNA MIRELLE JERÔNIMO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>; VICTÓRIA ELLEN LIRA DIAS<sup>1</sup>; VINICIUS FURTADO CÂNDIDO PALMEIRA SANTOS<sup>1</sup>; HERMANN FERREIRA COSTA<sup>2</sup>

A hepatite B é uma doença viral sem cura causada pelo vírus HBV e geralmente não possui sintomas, por isso é de difícil detecção, além de ser uma doença infecciosa que provoca uma irritação no fígado. Dessa forma, as principais formas de transmissão são a sexual (desprotegido), sanguínea (transfusões sanguíneas) e vertical (da mãe para o filho). A hepatite afeta cerca de  $\frac{1}{3}$  da população mundial, já no Brasil é atingido aproximadamente 6,5 em 100 mil pessoas, sendo Sul, Norte e Centro-Oeste regiões com taxas maiores. Além disso, a principal forma de prevenção é a vacina, disponível gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para qualquer pessoa, independente da sua idade. A recomendação para os recém-nascido é que seja feita 4 doses da vacina: ao nascer, 2, 4, 6 meses de vida e para a população adulta, é necessárias 3 doses. Além da vacina, uma outra forma de prevenção é a utilização de camisinha no ato sexual, distribuída gratuitamente nos postos de saúde, principalmente atualmente em que o sexo desprotegido se torna cada vez mais comum. Por essa causa, a Hepatite B pode ser considerada uma doença sexualmente transmissível, sendo assim uma forma ainda mais grave de enfatizar essa patologia. A vacina da hepatite B (a obtida a partir da engenharia genética é atualmente a mais recomendada pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde), além de ser obrigatória é constituída de partículas não infecciosas de antígeno de superfície da Hepatite B (HBsAg) altamente purificadas, produzida por DNA recombinante em células de levedura. Dessa maneira, é fundamental a prevenção da Hepatite B através da vacina ou da utilização da camisinha, por se tratar de uma doença grave e sem cura, no qual leva a morte com a detecção tardia nos pacientes.

**DESCRITORES:** Hepatite. Prevenção. Vacina

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# TUBERCULOSE PLEURAL

DARA SILVEIRA BORBOREMA<sup>1</sup>; GÉSSICA BARROS ARAÚJO<sup>1</sup>; ISABELLA VIEIRA DO Ó <sup>1</sup>; VIVIAN MARIA MAIA <sup>1</sup>; HERMANN FERREIRA COSTA<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A pleura é uma membrana fina e transparente composta por duas camadas que reveste os pulmões e o interior da parede torácica. Ao entrar em contato com o micro-organismo *Mycobacterium Tuberculosis* ocorre a inflamação dessa membrana, caracterizando a Tuberculose pleural, na qual o paciente apresenta tosse seca, falta de ar, aumento de suor noturno, febre e dor no tórax durante a respiração. Essa condição é diagnosticada a partir da biópsia da pleura, sendo analisado o líquido pleural que se encontra entre as duas camadas supracitadas, além de raio-x de tórax e o exame de escarro para pesquisa do bacilo da tuberculose (BAAR). **OBJETIVO:** Apresentar características da Tuberculose Pleural, evidenciando o diagnóstico e o tratamento dessa patologia. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo acerca das características da Tuberculose Pleural, cuja fonte de informação foram bases de dados (Portal do Ministério da Saúde) e artigos encontrados em site de busca (Scielo). **RESULTADO:** A tuberculose pleural não é contagiosa, quem adquire este tipo de tuberculose precisa ser contaminado por pessoas com tuberculose pulmonar, em seguida os micro-organismos atingem a pleura após se espalharem pela corrente sanguínea ou diretamente a partir de lesões formadas no pulmão. Normalmente, o primeiro sintoma apresentado é a tosse, que é acompanhada por uma ligeira dor no peito até que a pessoa apresente dificuldade para respirar e sensação de falta de ar. O diagnóstico geralmente é feito por uma biópsia pleural, retirando-se um pequeno fragmento da pleura, e exames como BAAR e Teste de Mantoux (também conhecido como teste tuberculínico ou PPD). Essa condição costuma ser tratada com a combinação de 4 antibióticos chamados Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, podendo ter cura espontânea em alguns casos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que a tuberculose pleural é a forma mais comum de tuberculose extrapulmonar e apresenta aspectos clínicos (principalmente em sua forma aguda) que podem ser confundidos com os da pneumonia bacteriana, tornando o seu correto diagnóstico e tratamento imprescindível para a vida e bem-estar do paciente.

**DESCRITORES:** Tuberculose. Tuberculose Pleural. Diagnóstico

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança



## **TUBERCULOSE NOS PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA**

REBECA DA COSTA E SOUSA SCHNEIDER<sup>1</sup>; TATIANE COSTA DE SOUZA CAVALCANTI<sup>1</sup>; VITÓRIA LEITÃO MARTINS CÉSAR<sup>1</sup>; YASMIN DIAS VIRGULINO DA COSTA<sup>1</sup>; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA<sup>2</sup>

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afeta principalmente os pulmões, podendo, todavia, acometer outros órgãos e sistemas. A doença é causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, e pode ser dividida nas formas pulmonar e extrapulmonar. Essa, contudo é a forma mais agressiva da doença, podendo atingir diferentes órgãos. Os sintomas variam dependendo do local, mas em geral incluem febre e mal-estar. Além desses casos, existe o risco de doença disseminada, quando o *Mycobacterium Tuberculosis* é encontrado na corrente sanguínea. Nos pacientes portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), que contraem a tuberculose, a presença da forma extrapulmonar é muito frequente, representando cerca de 50% dos casos. Após a infecção pelo *M. Tuberculosis*, transcorrem, em média, 4 a 12 semanas para a detecção das lesões primárias. O diagnóstico geralmente envolve um teste cutâneo de tuberculina ou exame de sangue, uma radiografia do tórax e análise e cultura de uma amostra de escarro. A bactéria pode viver na forma inativa dentro do corpo. Entretanto, se o sistema imunológico enfraquecer, como nos pacientes portadores de HIV, a bactéria da tuberculose pode se tornar ativa e apresenta sintomas como tosse persistente e febre. Quanto ao tratamento, dura aproximadamente seis meses e geralmente o tratamento é feito com dois antibióticos: rifampicina e isoniazida. Uma pessoa com HIV tem 28 vezes mais chances de contrair tuberculose do que uma que não tem HIV. No Brasil, a proporção da coinfeção TB-HIV é de 9,4%, ou seja, 69 mil novos casos de tuberculose registrados em 2016, 6,5 mil também apresentaram resultado positivo para o HIV. Portanto, é notório a necessidade da prevenção para evitar o contágio. Além disso, é importante que os portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida realizem o tratamento correto, com medicamentos antirretrovirais, que agem inibindo a multiplicação do HIV no organismo. Dessa forma, é visto que a tuberculose nos pacientes com AIDS tem manifestações clínicas variáveis, o tratamento é realizado com antimicrobianos. Foi confirmado a morbidade com manifestações clínicas variáveis da tuberculose, o que requer da equipe médica de alto grau de suspeita e diagnóstico, levando em conta que a população atingida sejam jovens-adultos de baixa renda.

**DESCRITORES:** Tuberculose. HIV. *Mycobacterium*

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE EM IDADE PEDIÁTRICA: PORQUE TÃO COMPLEXO?**

ANNA LETÍCIA SILVA CAVALCANTE<sup>1</sup>; BRENDA RENATA PEREIRA LIMA<sup>1</sup>;  
GERMANA GOMES SAMPAIO BRITO<sup>1</sup>; RICARDO AUGUSTO CAVALCANTI  
BRAZ<sup>1</sup>; HERMANN FERREIRA COSTA<sup>2</sup>

A tuberculose é uma das doenças mais antigas da humanidade, causada por uma micobactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*. Consiste em uma doença infecciosa e transmissível que afeta principalmente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas e que pode atingir todas as faixas etárias. A tuberculose infantil tem sido relativamente negligenciada até aos dias de hoje, não só pela dificuldade em estabelecer um diagnóstico preciso, devido à natureza paucibacilar da doença, mas também pela escassez de dados epidemiológicos e estudos científicos neste grupo etário. Com maior risco de morbidade e mortalidade nas crianças do que nos adultos, a tuberculose pediátrica continua a ser uma emergência de saúde pública, sobretudo nos países em desenvolvimento com fracas infraestruturas nesta área. A literatura reconhece a existência da dificuldade no diagnóstico da tuberculose em idade pediátrica. Os programas de controle de tuberculose têm dado prioridade ao diagnóstico e tratamento da tuberculose em adultos uma vez que estes são os principais veículos de transmissão da doença. Tal fato ocorre pela maior complexidade que envolve esse diagnóstico em crianças, onde vários fatores contribuem para esta situação, tais como: características clínicas e radiológicas muitas vezes inespecíficas e sujeitas a interpretação variável; forma de apresentação semelhante a muitas doenças comuns da infância, incluindo pneumonia, infecções virais e bacterianas generalizadas, co-infecção por HIV e desnutrição; natureza paucibacilar da doença em crianças e dificuldade em obter amostras de expectoração de boa qualidade, principalmente nos grupos etários mais baixos. Com isso, para diagnóstico infantil de tuberculose necessita de um conjunto de dados que envolvem a história clínica, a busca de um possível contato com pessoas infectadas e achados radiológicos. Associado a isso, observou-se a busca por métodos complementares que possam auxiliar o diagnóstico: o lavado gástrico (ainda uma tentativa de se obter as secreções gástricas da criança e encontrar o *Mycobacterium tuberculosis*). Técnicas de PCR, o MODS, a amplificação de bacteriófagos, ou, ainda, ensaios para detecção de interferon-gamma (IFN- $\gamma$ ) também vêm sendo estudadas como um possível método de diagnóstico da tuberculose infantil, no entanto, ainda ou não foram validadas para uso em crianças ou não.

**DESCRITORES:** Tuberculose. Infecção. Doença Infecciosa

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## TUBERCULOSE: PRINCIPAIS ASPECTOS

ANTONIO MARMO GOMES CASIMIRO NETO<sup>1</sup>; BEATRIZ FOGAGNOLI ARAUJO DE ALMEIDA<sup>1</sup>; BEATRIZ TORTORELLA BARROS DA SILVA<sup>1</sup>; EMANUEL FRANCISCO DE CARVALHO PINTO<sup>1</sup>; CIBELLE CABRAL DAVID<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** A tuberculose é uma doença infecciosa que afeta prioritariamente os pulmões, causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*. É uma doença de transmissão aérea e ocorre a partir da inalação de aerossóis oriundos das vias aéreas, durante a fala ou tosse das pessoas com tuberculose bacilífera. O principal sintoma é a tosse na forma seca e, em seguida, produtiva. O diagnóstico da doença é feito pelo exame da baciloscopia ou teste rápido molecular. No Brasil, a cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e cerca de 4,5 mil mortes. Dessa forma, por tratar-se de uma doença ainda endêmica, é imprescindível aprofundar os conhecimentos acerca da doença para o diagnóstico e tratamento precoce, reduzindo a taxa de transmissão.

**METODOLOGIA:** Para a realização do estudo, buscou-se os bancos de dados SCIELO, BVS, LILACs, Pubmed e livros texto como o Tratado de Medicina Respiratória.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Provas cutâneas mostram que aproximadamente 25% da população mundial está atualmente infectada com a bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Apesar disso, 95% dos casos de infecção por *M. Tuberculosis* encontram-se na fase latente, isto é, assintomática. Com aproximadamente 3 semanas de evolução, o sistema imunológico consegue reprimir a reprodução bacilar, transformando os focos em granulomas de células epitelióides que, com o passar do tempo, podem evoluir para fibronódulos cicatriciais, e dessa forma, dar origem aos focos de Ghon e de Simon. A determinação entre a manifestação da doença e o seu desaparecimento, por meio do sistema imunológico do paciente, é unicamente dependente da relação entre a virulência da cepa infectante e a resistência do ser que a contraiu. Dessa forma, caso o indivíduo detenha a supressão necessária para a doença, acontece a involução e o desaparecimento. Caso contrário, a mesma se apresentará com sintomas e suas respectivas lesões no trato respiratório ou até em outros locais.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É possível concluir que a tuberculose é uma doença infecciosa de grande impacto na sociedade. Isso acontece pois apenas um indivíduo com baciloscopia positiva é capaz de transmitir para até 15 pessoas. Além disso, por apresentar um tratamento de longo prazo, a adesão das pessoas que contraíram a doença é laboriosa e implica, conseqüentemente, no abandono por parte delas. Logo, é necessário um acompanhamento rigoroso para impedir a evasão e alcançar o controle da doença, a retirando das principais causas de morte no planeta.

**DESCRITORES:** Tuberculose. Pulmões. Baciloscopia

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# **HERPES ZÓSTER EM PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO - UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA LITERATURA**

BRUNA KELLY LIMA CHAVES<sup>1</sup>; EMANUELA DE AGUIAR CORREIA<sup>1</sup>; MARÍLIA LEITE DE MENEZES<sup>1</sup>; THIAGO LEANDRO SANTOS BEZERRA<sup>1</sup>; HERMANN FERREIRA COSTA<sup>2</sup>

O estudo em caso tem por objetivo discorrer acerca da ocorrência de Herpes Zoster como uma infecção oportunista em pacientes com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). O Herpes Zoster é causado pelo mesmo vírus responsável pela varicela, sendo resultado da reativação desse vírus latente, porém a causa dessa reativação é ainda desconhecida, podendo estar relacionada a faixa etária, estresse ou imunodeficiências. O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença inflamatória crônica multissistêmica, de caráter autoimune e etiologia desconhecida, relacionada a fatores genéticos, ambientais e hormonais. Atinge predominantemente o sexo feminino em idade fértil e tende a ser mais comum e mais grave em afrodescendentes e em asiáticos. O estudo foi realizado por acadêmicos do terceiro período do curso de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (Famene), por meio de uma revisão bibliográfica da literatura baseada na leitura de artigos acadêmicos coletados nos bancos de dados do Google Acadêmico e SCIELO, além de livros da literatura nacional. As informações coletadas evidenciam a forte ocorrência de infecções oportunistas, especificamente as virais, em pacientes imunodeprimidos pelo LES em razão de ser uma doença autoimune que deprime o sistema imunológico e a terapêutica envolve o uso de medicamentos imunossupressores e corticosteroides. Em virtude da imunossupressão pela própria doença autoimune e dos medicamentos utilizados para o LES, os exames histológicos revelam hiperqueratose, tamponamento folicular, infiltrado de células mononucleares liquenóides e perivasculares com incontinência de pigmento, além das alterações imunológicas próprias do Lúpus, tais como disfunção de fagócitos, linfopenia, neutropenia, asplenia funcional, assim como diminuição de citocinas, imunoglobulinas e frações do complemento, deixando o indivíduo mais susceptível a infecções. Dessa forma, ficou notório observar que as áreas das erupções posteriores coincidiam com as regiões previamente afetadas pelo LES. Os achados histológicos e a apresentação clínica são consistentes com o desenvolvimento da doença autoimune sistêmica em áreas de trauma prévio de infecção viral causada pelo Herpes Zoster.

**DESCRITORES:** Hérpes Zoster. Lúpus Eritematoso Sistêmico. Imunodeprimidos

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

# LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: MANIFESTAÇÕES RENAI

CAMILA DOS SANTOS PONTUAL<sup>1</sup>; LEANDRO DOS SANTOS FILHO<sup>1</sup>; LUZIA SANDRA MOURA MOREIRA<sup>2</sup>

Resumo: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) se caracteriza como uma doença inflamatória crônica e multissistêmica. Seu desenvolvimento possui caráter autoimune, caracterizada pela presença de diversos anticorpos próprios. A sua origem não é bem definida e não há o conhecimento de uma causa específica para o seu aparecimento. Evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões. Seu desenvolvimento correlaciona-se ao genótipo e aos fatores ambientais perante o fenótipo do indivíduo. A epidemiologia do Lúpus Eritematoso Sistêmico consiste em uma incidência e prevalência maior em mulheres em idade fértil, em uma proporção de 8 a 13 mulheres para cada 1 homem. Existem manifestações clínicas que foram pontuadas pelo American College of Rheumatology (ACR), em 1982, e revisados em 1997, os quais, quando em um conjunto de no mínimo quatro manifestações para um único indivíduo, são suficientes para definir o diagnóstico de LES; essas manifestações são: eritema malar; lesão discoide; fotossensibilidade; úlceras orais/nasais; artrite; serosite (pleurite ou pericardite); comprometimento renal; alterações neurológicas; alterações hematológicas; alterações imunológicas e anticorpos ou fatores antinucleares (FAN). Dentre esse quadro de sintomatologia, iremos dar atenção às lesões renais e comprometimento de suas funções. Quanto ao enfoque das complicações dos rins no lúpus eritematoso, a expressão da doença se dá por meio das nefrites lúpicas, que são classificadas em seis classes distintas, que vão de mínimas alterações mesangiais até nefrite com esclerose avançada. O tratamento é dependente do tipo de classe de nefrite que o paciente possui, mas a maioria consiste no uso dos medicamentos clássicos para o tratamento de Lúpus – corticoesteroides, antiinflamatórios não esteroides, antimaláricos e DMARS (Disease-modifying antirheumatoid drugs) biológicos e não biológicos – além de medicamentos que controlem a pressão arterial e também inibidores de angiotensina, tendo em vista seus efeitos antiproteinúricos e renoprotetores, exceto quando ocorrer disfunção renal aguda. O acompanhamento da evolução do quadro e do tratamento é feito através de quatro maneiras de supervisão: a clínica do paciente; o laboratorial com exames de urina para acompanhar principalmente proteinúria, hematúria e níveis de creatinina; o histopatológico através de biópsia em determinados casos; e a pesquisa de autoanticorpos (anti-DNA, anti-ribonucleoproteínas, FAN) baseada em técnicas de imunofluorescência indireta.

**DESCRITORES:** Lúpus. Nefrite. Autoimune

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança

## **CARDIOPATIA EM INDIVÍDUOS COM FEBRE REUMÁTICA**

KLEYTON MATHEUS HONORATO MUNIZ<sup>1</sup>; LAIS STELE PIRES XAVIER GOMES RIBEIRO<sup>1</sup>; LARA RACHEL PALMEIRA DE ARAÚJO GADELHA<sup>1</sup>; LUCAS VICTOR ARAÚJO DE ALMEIDA<sup>1</sup>; HERMANN FERREIRA COSTA<sup>2</sup>

A cardiopatia reumática ou doença cardíaca reumática descreve um grupo de doenças cardíacas agudas ou crônicas que podem ocorrer como decorrência da febre reumática, essa decorre de resposta imune tardia a infecção por *Streptococcus Pyogenese*, em populações geneticamente predispostas, sendo mais frequente em crianças e adolescentes e em ambientes desfavoráveis caracterizados por pobreza e acesso restringido aos serviços de saúde. A doença está associada a uma reação cruzada de anticorpos produzidos originalmente contra estruturas dos estreptococos, porém passam a reconhecer também as células do hospedeiro, que se tornam alvos dos anticorpos produzidos contra o antígeno, havendo uma exacerbação da resposta autoimune. A única seqüela em longo prazo (crônico) é a cardiopatia reumática. No coração, as lesões iniciais surgem nas valvas cardíacas, podendo resultar em estenose ou insuficiência valvar. A valva mitral é mais frequentemente envolvida, vindo a seguir a aórtica, a tricúspide, e, raramente a pulmonar. O diagnóstico da Febre Reumática é clínico, não podendo, na maioria das vezes ser confirmada por exames laboratoriais. A detecção precoce de cardiopatia reumática é geralmente feita através da ausculta de sopros através do estetoscópio, seguida da confirmação ecocardiográfica apenas em casos suspeitos. O tratamento envolve controle da Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC), com medidas dietéticas e farmacológicas, e controle do processo inflamatório com o uso de corticoides em casos de cardite moderada e grave.

**DESCRITORES:** Cardiopatia. Cardiopatia Reumática. Genética

---

<sup>1</sup>Discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança

<sup>2</sup>Docentes/Tutores do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança