

ANAIS DO I CONGRESSO NORTE-MINEIRO DE SEMIOLOGIA E RACIOCÍNIO CLÍNICO

Realização:



Apoio:



ANAIS DO I CONGRESSO NORTE-MINEIRO DE SEMIOLOGIA E RACIOCÍNIO CLÍNICO

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente do I Congresso Norte-Mineiro de Semiologia e Raciocínio Clínico

Pollyana Cecília de Carvalho Almeida

Vice- presidentes do I Congresso Norte-Mineiro de Semiologia e Raciocínio Clínico

Cesário Vitor Maia Pereira

Ramanna Castro de Oliveira

Organizadores

Ana Clara Fernandes Marques

Ana Letícia Vieira Santos

Bruna Dias Peixoto

Bruno Pereira Barroso

Clara Magalhães Prates Cruz

Douglas Vitor Maia Pereira

Fernanda Prado Jorge

Jonathan Rodrigues Silva

Julia de Almeida Nunes Murta

Lóren Gabrielle Lopes Fernandes

Marina Limoeiro Lobo

Matheus Vieira Moura

Renata Barbosa Zica

Tainá Yasmim Silva Souto

Tomás Castro Medrado

Vinícius Flávio Almeida Oliveira

Viviane Ferreira Lima

Yasmin Teixeira Silveira Mendes

COMISSÃO CIENTÍFICA

Coordenadora da comissão científica do I Congresso Norte Mineiro de Semiologia e Raciocínio Clínico

Bruna Dias Peixoto

Integrantes da comissão científica

Ana Letícia Vieira Santos

Bruno Pereira Barroso

Clara Magalhães Prates Cruz

Douglas Vitor Maia Pereira

Organizadoras e revisoras dos anais

Ramanna Castro de Oliveira

Bruna Dias Peixoto

**O I Congresso Norte Mineiro de Semiologia e Raciocínio Clínico
teve a apresentação especial do Hospital das Clínicas Dr. Mario
Ribeiro da Silveira**



Apresentação



Patrocínio



Dra. Ariadna

Montes Claros, 2017.

PROGRAMAÇÃO DO I CONGRESSO NORTE-MINEIRO DE SEMIOLOGIA E RACIOCÍNIO CLÍNICO

PROGRAMAÇÃO

19 de maio - sexta-feira tarde

15h: **Minicursos- Campus Fasi**

1. Exame Clínico Cardiológico

Dr. Wilson Prado Pena

2. Exame Clínico Dermatológico

Dr. Evandro Anjos

4. Exame Clínico Neurológico

Dr. Mário André Souza

5. Exame Clínico Oftalmológico

Dr. Farley Celso Antunes

6. Exame Clínico Ortopédico

Dr. Michel Lopes

7. Exame Clínico Otorrinolaringológico

Dr. Bruno Laughton Silveira

8. Exame Clínico Respiratório

Dr. William Sena

9. Abordagem a Saúde Mental

Dr. Pedro Paulo Narciso

15h: **Palestra – Automóvel Clube**

Manifestações cutâneas das doenças sistêmicas – *Dr. Hugo Rocha Barros -Dermatologista*

19 de maio - sexta-feira noite

19h: **ABERTURA OFICIAL DO EVENTO**

19h30: **A importância do exame clínico na prática médica**

Dr. Américo Alves de Almeida Júnior – Médico e preceptor na Funorte e FIP-MOC

20h30: **PALESTRA MAGNA ministrada pelo Dr. Celmo Celeno Porto**

22h: Coquetel de abertura

20 de maio – sábado manhã

8h: **Exposição dos trabalhos científicos**

08h30: **Residência Médica: tudo o que você gostaria de saber**

Dr. Itagiba de Castro – CRM Montes Claros

09h20: **Coffe Break**

09h40: **Principais afecções otorrinolaringológicas na infância.**

*Dr. Emídio Oliveira Teixeira – Otorrinolaringologista
Dra. Janine Mendes – Pediatra*

10h50: **Síndrome do olho vermelho**

Dra. Ariadna Muniz – Oftalmologista

20 de maio – sábado tarde

14h: **Abordagem semiológica na prática cardiológica**

*Dra. Adneslane Loyola – Cardiologista
Dr. Wille Dingsor – Cardiologista*

15h30 às 15h50: **Coffe Break**

15h50: **Abordagem do Abdome Agudo**

Dra. Thaísa Soares Crespo – Cirurgiã do trauma

16h30: **Caso Clínico em Neurologia**

Dr. Marcelo José Magalhães - Neurologista

17h30: **Premiação dos melhores trabalhos, sorteio de brindes e encerramento do evento**

Apoio



SUMÁRIO

I	APRESENTAÇÃO.....	1
II	COMENTÁRIO DO PRESIDENTE.....	2
III	RESUMOS EXPANDIDOS.....	3
1	A CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE E SUA IMPORTÂNCIA NO COMBATE A AIDS.....	4
2	A DIFERENCIAÇÃO DE ALGUMAS SÍNDROMES PULMONARES ATRAVÉS DO EXAME FÍSICO.....	6
3	ANÁLISE DA EFETIVIDADE DO AUTOEXAME DE MAMA NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA.....	8
4	ASPECTOS SEMIOLÓGICOS DA DOENÇA DE CROHN.....	10
5	ASSOCIAÇÃO ENTRE CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA E ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS.....	12
6	AVALIAÇÃO E PROPEDEÚTICA INICIAL DAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS NA EMERGÊNCIA.....	14
7	COMBATE À HANSENÍASE EM MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	16
8	COMPARAÇÃO DO PERFIL DE INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL ENTRE AS MACRORREGIÕES MINEIRAS CENTRO E NORTE.....	18
9	DEPRESSÃO ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA: EPIDEMIOLOGIA, SINTOMATOLOGIA, FATORES CONTRIBUTIVOS E CONSEQUÊNCIAS.....	20
10	DIARREIA CRÔNICA – DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS.....	22
11	DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS SURDOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	24

12	FEBRE AMARELA: EPIDEMIOLOGIA EM ÂMBITO.....	26
13	HANSENÍASE: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E ANTROPOLÓGICA.....	28
14	IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA ICTERÍCIA NEONATAL.....	30
15	INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	32
16	LEISHMANIOSE: PREVALÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA EM MINAS GERAIS.....	34
17	MIGRÂNEA: UMA ANÁLISE NA INTERFERÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.....	36
18	MORTALIDADE POR DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO EM MINAS GERAIS, ANÁLISE DE 2008 A 2016.....	39
19	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CÂNCER DE ESÔFAGO NO BRASIL.....	41
20	RESISTÊNCIA À PENICILINA PELO <i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> NO TRATAMENTO DA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE.....	43
21	REVISÃO DE LITERATURA ACERCA DO RASTREAMENTO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE PULMÃO.....	45
22	SÍNDROME DE CHILAUDITI.....	48
23	SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN: UM ARTIGO DE REVISÃO.....	50

I CONGRESSO NORTE-MINEIRO DE SEMIOLOGIA E RACIOCÍNIO CLÍNICO

I. APRESENTAÇÃO

O I Congresso Norte-Mineiro de Semiologia e Raciocínio Clínico foi planejado para se tornar um congresso de referência no debate da educação médica no Norte de Minas Gerais. Foi idealizado por discentes em medicina e contou com uma equipe de 21 membros organizadores. Tivemos a presença do ilustre médico e professor Dr. **Celmo Celeno Porto**, autor de renomados livros da área médica, entre eles “Semiologia Médica”, “Exame Clínico”, ambos constituindo importantes referências no estudo médico. O evento foi realizado nos dias 19 e 20 de maio de 2017 e possuiu como público-alvo profissionais médicos, estudantes de medicina e profissionais da área da saúde e afins.

O I Congresso Norte Mineiro de Semiologia Médica e Raciocínio Clínico objetivou contemplar, de forma dinâmica e motivante, a educação médica e o ensino da semiologia e do exame clínico como bases importantes para a prática da medicina. Objetivou-se também instigar a participação dos profissionais e acadêmicos, responsabilizando-os pela sua formação, atualização e atuação, provocando-os a inserir-se de maneira ativa no mercado e nas práticas profissionais, não pretendendo esgotar o assunto. Tivemos a presença de grandes profissionais da cidade e da região, que foram responsáveis por palestras e mesas redondas de excelência, além da participação de mais de 500 congressistas.

Discutiram-se temas importantes em relação à formação médica e seu papel humanístico no binômio profissional-paciente; estimulou-se e ressaltou-se a importância da pesquisa científica no âmbito acadêmico e profissional, abrindo espaço para a apresentação de trabalhos produzidos pelos participantes. As atividades oferecidas permitiram a articulação teoria e prática por meio da realização de *workshops*, dando significado para o aprendizado do aluno e, assim, permitindo um melhor aproveitamento deste propiciando momentos de discussões que possibilitaram a troca de conhecimento e experiências entre os participantes do evento. Por meio da exposição científica e publicação dos anais do evento, estimulou-se e ressaltou-se a importância da pesquisa científica no âmbito acadêmico e profissional, abrindo espaço para a apresentação de trabalhos produzidos pelos participantes.

Ramanna Castro e Cesário Vitor – Vice-presidentes do I Congresso Norte-Mineiro de Semiologia e Raciocínio Clínico e discentes do curso médico das Faculdades Unidas do Norte de Minas-FUNORTE

II. COMENTÁRIO DO PRESIDENTE

Esse congresso nada mais é do que a realização de um sonho que se iniciou no primeiro período. Nos primeiros dias de faculdade, fui apresentada a disciplina de Semiologia médica e, pude escolher entre dois autores como referencia. Escolhi o livro de semiologia do Porto, meu primeiro livro físico. Assim que o livro chegou, ao foliar as primeiras páginas, dei de cara com a foto do autor. Sou uma pessoa que acredita muito que tudo nesse mundo acontece por energia. E assim que vi a foto pensei: Quero trazê-lo aqui. No segundo período recebi um vídeo motivacional do Porto, e no vídeo ele mencionava que estava na companhia do seu neto e de uma acadêmica de medicina, que coincidentemente se chamava Pollyana. Ali eu tinha certeza que era um sinal da vida.

Atualmente vejo que a medicina está muito mecanizada. Nós estamos mecanizados. Organizamos congressos por organizar, pensando em quantos pontos aquilo valerá para residência. Não depositamos mais amor em nossa anamnese, nem no nosso exame físico, quem dirá em um congresso. Nisso eu queria ser diferente. Meu sonho era fazer ‘O’ congresso, pontos seriam uma consequência. A partir do momento que o Dr. Celmo e eu acertamos, começamos a criar algo para ser mágico, para ser único! Convidei pessoas da minha mais profunda confiança. Poderia ter chamado os alunos mais inteligentes ou com as melhores notas. Mas seria técnico. Não seria eu. A partir disso chamei aqueles que eu sabia que tinham a capacidade de assim como eu, sonhar e amar aquilo que se faz. Convidei o Cesário, meu melhor amigo, e a Ramanna, minha tutora, madrinha, responsável por muito daquilo que sou hoje. Posteriormente, completamos nossa família organizadora, cada nome pensado. A partir desse momento não era mais o meu sonho e sim, o nosso sonho. Tudo que está aqui, cada coisa, foi totalmente planejada. Não tem nada por fazer aqui. Nada. E talvez esse tenha sido o sucesso das inúmeras inscrições realizadas, abrangendo outras regiões de Minas e sul da Bahia. O segredo sempre será o AMOR e a ALEGRIA com que você se dedica a alguma coisa ou a alguém. Se tivemos dificuldades? Várias. Ninguém disse que seria fácil. Mas ia passar. Inclusive isso irá passar. Porque isso também passa. Então, a única coisa que peço para cada congressista hoje, é que vocês possam sentir 1% de toda a boa vontade, de todo o esforço, de todo o amor que depositamos nesse congresso. E acreditem. O amor muda o mundo. Falta amor na medicina. Falta amor nas nossas relações interpessoais. Está faltando amor como seres humanos. Mas nesse congresso, nesse momento, transbordamos o que de melhor tivemos a oferecer. Fico extremamente orgulhosa e emocionada de ver esse lugar tão cheio. Espero do fundo do meu coração que gostem.

Pollyana Cecília de Carvalho Almeida – Presidente do I Congresso Norte-Mineiro de Semiologia e Raciocínio Clínico e discente do curso médico das Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte)

RESUMOS EXPANDIDOS

A CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE E SUA IMPORTÂNCIA NO COMBATE A AIDS

Fernanda Cerqueira Moraes Bezerra¹; Rayssa Caroline Ramos Lopes¹; Thatiana Pereira Silva ²; Henrique Abreu Megali²; Bruna Aparecida Magalhães²; Marina Torres de oliveira²

¹Graduandos em Medicina / Faculdades Unidas do Norte de Minas-ICS

²Graduandos em Medicina / Universidade de Itaúna

Autor para correspondência:
Fernanda Cerqueira Moraes Bezerra
E-mail: fernandacmb@icloud.com
Telefone: (38) 99141-1472

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, com o aumento da liberdade sexual, a adolescência passou a ser objeto de estudo devido á maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis ⁽²⁾. No Brasil, os casos de AIDS concentram-se na faixa etária de 20 a 34 anos. Considerando que o intervalo de infecção assintomática varia de 10 a 15 anos, estima-se que a transmissão possa estar ocorrendo no período da adolescência, demonstrando a necessidade de maiores intervenções de cunho psicológico-educacional nessa fase ⁽⁴⁾. Dessa forma um ponto determinante a ser discutido é a sexualidade, pois sua construção é essencial para comportamentos sociais, culturais e sexuais que irão determinar ações propensas ou não ao risco de adquirir o HIV ⁽³⁾. **Objetivos:** Discutir a importância da educação, informação e diálogo na construção da sexualidade na juventude como maneira de combater a AIDS ^(1,2,4). **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica por meio de artigos publicados nos sites Scielo, PubMed e Departamento de DST, AIDS e hepatites virais do governo brasileiro. **Resultados e Discussão:** A sexualidade transpassa os fatores físicos, não se restringido somente ao ato sexual, pois envolve valores e regras sociais construídos por meio de informações e comportamentos do meio em que o jovem está inserido bem como as transformações biopsicossociais, ou seja, há, nessa fase da vida inúmeras descobertas e conflitos que podem designar risco e vulnerabilidade na vida do adolescente ^(3,2). Mesmo com a influência da AIDS como propulsora do diálogo na sociedade e na família, a partir da década de 80⁽¹⁾, as conversas sobre assuntos relativos a sexo ainda são incipientes nas famílias da maior parte dos adolescentes, sendo os amigos apontados como os indivíduos com quem eles mais frequentemente conversam sobre sexo ⁽³⁾. Quando o assunto se torna mais complexo com relação à fatores biológicos, ao funcionamento do corpo e às consequências adversas de atos sexuais desprotegidos, a procura por informações com profissionais da saúde e professores se sobrepôs ao papel dos amigos ^(4,1). **Conclusão:** Para combater a AIDS é preciso levar a informação aos jovens por meio das escolas, redes sociais e campanhas ⁽¹⁾, buscando também instruir às famílias

sobre essa patologia estimulando o diálogo em casa sobre a doença e o modelo biológico da sexualidade, além de incitar reflexões da mesma enquanto dimensão socialmente construída, contemplando perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais ^(4,3).

Referências:

- 1- Gir E, Moriya MT, Oliveira PMH, Pelá RNT. Informação/educação em DST/Aids/sexualidade humana - um relato de caso de experiência de 14 anos. Rev Esc Enferm USP, v.32, n.4. p. 291-196, dez 1998.
- 2- Perini C, Acioli S, Ferracioli P. Identidade e cultura na sexualidade e prevenção do HIV dos adolescentes: uma Revisão Integrativa da Literatura. RFM - Rev Flu Med 2012;36-77(1-2):27-31.
- 3- Moraes PS, Vitalle SSM. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. Rev Assoc Med Bras 2012; 58(1):48-52. Disponível em URL: [HTTP//WWW.scielo.com.br](http://WWW.scielo.com.br)
- 4- Borges VAL, Nichiata IYL, Shor N. Conversando sobre sexo: A rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):422-7. Disponível em URL: <http://www.eerp.usp.br/rlae>

A DIFERENCIAÇÃO DE ALGUMAS SÍNDROMES PULMONARES ATRAVÉS DO EXAME FÍSICO

Yves Augusto Fialho Almeida¹; Maria Tereza Sisílio Caldeira Chaves¹; Mariana Silva Candelato¹; Monique Teixeira dos Santos¹.

¹Acadêmico(a) de Medicina, Instituto Ciências da Saúde -ICS.

Autor para correspondência:
Yves Augusto Fialho Almeida
E-mail: yves-a@live.com
Telefone: (38)99162-0798

RESUMO

Introdução: As síndromes pulmonares englobam síndromes brônquicas, parenquimatosas e pleurais⁽¹⁾, e cada uma destas síndromes englobam determinadas enfermidades. As várias doenças se assemelham em alguns sintomas, como a dispneia, que é comum a todas. No entanto, achados semiológicos durante o exame físico permitem que sejam, em sua maioria, diferenciados sem a necessidade de exames complementares. **Objetivo:** Apresentar os dados semiológicos presentes na consolidação, atelectasia, derrame pleural e pneumotórax, permitindo sua diferenciação através do exame físico. **Material e Métodos:** Foi realizada revisão bibliográfica de materiais relacionados à semiologia e pneumologia. A busca foi feita no mês de abril de 2017. **Resultados e discussão:** A consolidação pulmonar é o acúmulo de células e exsudato nos espaços alveolares, tendo como principais manifestações: dispneia e tosse seca ou produtiva⁽¹⁾. A inspeção revela expansibilidade diminuída, que também é percebida durante a palpação, na qual é possível perceber frêmito toracovocal (FTV) aumentado, à percussão, submacicez ou macicez, enquanto na ausculta percebe-se respiração brônquica substituindo os murmúrios vesiculares (MV), sopro tubário, pectorilóquia e estertores finos, também conhecidos como crepitações⁽¹⁾. A atelectasia é o desaparecimento do ar alveolar sem que o espaço seja ocupado por células ou exsudato⁽¹⁾. Os principais sintomas são tosse seca e dispneia⁽¹⁾. À inspeção, nota-se tiragem e retração do hemitórax acometido com desvio do mediastino para o lado afetado; na palpação, a expansibilidade estará diminuída e o FTV diminuído ou ausente⁽¹⁾. A percussão mostra macicez ou submacicez e a ausculta revela som broncovesicular com ressonância vocal diminuída⁽¹⁾. O derrame pleural caracteriza-se pelo acúmulo de líquidos, de diferentes naturezas e etiologias, no espaço pleural, podendo ser hidrotórax, hemotórax, quilotórax e empiema⁽²⁾. Vai de assintomática até sintomas importantes, como dispneia de alta intensidade, dor torácica e tosse, dependendo da quantidade de líquido no espaço pleural^(1,2). A inspeção mostra expansibilidade diminuída e mediastino desviado para o lado oposto ao do líquido^(1,2). A palpação apresenta o mesmo achado da inspeção, além de FTV abolido na área de derrame e aumento no espaço do pulmão em contato do o líquido acumulado⁽¹⁾. A percussão transmite macicez e durante a ausculta o MV estará abolido na área em que se encontra o

derrame, além de egofonia e estertores finos na área pulmonar em contato com o derrame ⁽¹⁾. O pneumotórax é caracterizado pela presença de ar livre no espaço pleural, muitas vezes ligado à lesão traumática ^(1,2). Manifesta-se principalmente por dor no hemitórax afetado, dispneia e tosse seca ^(1,2). Durante a inspeção, o examinador pode não encontrar qualquer alteração ou abaulamentos dos espaços intercostais, que dependerá da quantidade de ar acumulado ⁽¹⁾. A palpação traz expansibilidade e FTV diminuídos ⁽¹⁾. Durante a percussão, nota-se timpanismo, o que deve chamar atenção do médico, e durante a ausculta percebe-se MV e ressonância vocal diminuídos. **Conclusão:** Constata-se que a sintomatologia é muito parecida nas síndromes abordadas, no entanto, mesmo que alguns achados semiológicos sejam semelhantes, a diferenciação se faz possível para o examinador com bom conhecimento de exame físico, fazendo com que os exames complementares, como raio X de tórax, sejam menos necessários para que se dê o diagnóstico das síndromes.

Referências:

1- Dantas AM, Tarantino AB, Chaul A, Ostermayer AL, Roberti A, Medeiros AS, Porto AL, Porto CC, Kubiak ACP, Pereira ERS, Silva EP, Guimarães EMB, Costa EFA, Tosta ED, Pinho FMO, Chaul FRR, Moraes FB, Veloso GA, Júnior GB, Rosa H, Brasil HHA, Hungria H, Moreira H, Fraiz IC, Veloso VSP et al. Semologia médica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

2- Barreto SSM, Rubin AS, Carvalho AS, Casagrande AS, Furtado AP, Neto AVM, Coelho, AC, John AB, Lemos ACM, Pinotti AFF, Benedet CM, Oliveira CTM, Faccin CS, Pereira CAC, Viegas CAA, Perin C, Botelho C, Godoy DV, Silva DC, Silva DS, Kahan F, Svartman FM, Torres FS, Wagner F, Mattos W et al. Pneumologia no consultório. 1.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DO AUTOEXAME DE MAMA NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

Rhayssa Soares Mota¹; Camila Bacelar Bastos¹; Iara Lafetá Gomes¹; Gizely Teixeira Fernandes¹; Morgana Araújo Resende¹

¹ Graduando do curso de medicina nas Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, MG.

Autor para correspondência:
Rhayssa Soares Mota
E-mail: rhayssasoaresm@outlook.com
Telefone: (38) 9998-3138

RESUMO

Introdução: Em virtude da magnitude epidemiológica, social e econômica, o câncer caracteriza-se como um dos principais problemas de saúde pública na atualidade. O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma. **Objetivo:** Sabendo disso, o diagnóstico precoce é fundamental para modificar essa realidade, o presente estudo objetiva compreender a indicação do autoexame das mamas, considerando as divergências existentes acerca desse método na comunidade científica. **Material e Métodos:** Realizou-se uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratória. Utilizou-se como fonte de informações portal do Instituto Nacional do Câncer (INCA), site do Ministério da Saúde e artigos da base de dados SciELO, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e PubMed (*U.S National Library of Medicine*). Houve restrição às publicações escritas em português, inglês e espanhol antes do ano de 2012. **Resultados e Discussão:** O autoexame das mamas (AEM) foi recomendado como uma prática até o final dos anos 1990, com o objetivo de detecção precoce e redução dos óbitos por tumores em estado avançado. Sua prática é vantajosa pela simplicidade e pelo custo inexistente. O AEM trata-se do procedimento onde a mulher observa e apalpa suas mamas e as estruturas anatômicas acessórias, visando detectar mudanças ou anormalidades. Em geral, recomenda-se que o AEM seja realizado uma vez por mês e uma semana após o término da menstruação ⁽¹⁾. Estudos realizados em Xangai e Rússia concluíram que o programa de incentivo e realização do autoexame não reduziu a mortalidade por câncer de mama na ausência da mamografia. Entretanto ainda que comprovadamente não reduza a mortalidade, achados anormais durante o autoexame podem ser fator desencadeante de maior atenção da mulher e de procura por um profissional da saúde ⁽²⁾. Entretanto, alguns pesquisadores definem o autoexame como fator prejudicial, já que a introdução do hábito do AEM demonstrou um aumento de quase duas vezes no número de biópsias realizadas. Trata-se de um processo invasivo, de custo elevado, não muito efetivo. Muitas vezes as biópsias demonstram que os achados no autoexame das mamas foram um falso-positivo. Atualmente o Ministério da Saúde preconiza como rastreamento o exame mamográfico para mulheres de 50 a 69 anos e o exame clínico

anual das mamas para mulheres de 40 a 49 anos. Para mulheres com risco elevado para câncer de mama, recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia anualmente a partir de 35 anos ⁽³⁾. **Conclusão:** A difusão da prática do AEM não apresenta quaisquer benefícios comprovados em termos de redução da mortalidade relacionada a neoplasia. No entanto, a prática ocasional da observação e auto palpação das mamas, no contexto do conhecimento do próprio corpo, não deve ser desestimulada. É importante a conscientização das mulheres a qualquer alteração suspeita nas mamas, já que quando ela conhece bem seu corpo e se familiariza com o que é normal para ela, pode estar atenta a essas alterações e buscar o serviço de saúde para investigação diagnóstica.

Referências:

- 1- Ministério da Saúde. Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama. Nº 160; Outubro/2015.
- 2- Menke CH, Delazer GJ. *Autoexame ou autoengano?* Femina. v. 38, n. 1, 2010.
- 3- Souza FM, Almeida LC, Barral ABCR. O autoexame das mamas é indicado ou não?. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Ano 15, Nº 166, Março de 2012.

ASPECTOS SEMIOLÓGICOS DA DOENÇA DE CROHNRenislane Siva Brito¹; Karen Maria Sousa Miranda².¹ Graduanda do 3º período de Medicina/FUNORTE-ICS² Graduanda do 4º período de Medicina/ FUNORTE-ICS

Autora para correspondência:

Renislane Silva Brito

Email: renislanebrito@hotmail.com

Telefone: (38) 9 8432-2239

RESUMO

Introdução: A Doença de Crohn (DC) é uma Doença Inflamatória Intestinal (DII) de etiologia ainda obscura que acomete, geralmente, adultos entre 20 e 30 anos, mas cuja incidência tem aumentado em crianças. Ainda sem relatos de cura, manifesta-se como crises agudas com períodos de remissão, e sintomatologia gastro e extra intestinal. Seu diagnóstico se faz através de exames de imagem e laboratoriais, além da clínica, principalmente a fim de diferenciar a DC da Retocolite Ulcerativa, justificando-se a importância de se conhecer seus aspectos semiológicos. **Objetivo:** Analisar na literatura as características da DC, descrevendo-as. **Material e métodos:** Este é um trabalho de cunho descritivo, realizado a partir da revisão de literatura de artigos disponíveis na plataforma *Scielo*. Foram selecionados trabalhos publicados entre os anos de 2011 e 2016, em português e inglês, totalizando 6 artigos. **Resultados e Discussão:** A DC acomete o tubo digestivo, mais comumente o íleo e intestino grosso. Apresenta-se de forma multifatorial em decorrência do contato com antígenos, fatores ambientais e emocionais. Quanto à sua incidência, acomete indivíduos de diferentes faixas etárias⁽¹⁾. Porém, atualmente, estima-se que 25% dos casos têm início na infância. Isso pode ser explicado pela mudança da alimentação das crianças na modernidade, visto que elas têm uma dieta rica em alimentos processados, gordura e pobre em fibras. Além disso, comumente, fazem uso indiscriminado de antibióticos, o que altera a microbiota intestinal^(2,3). A doença manifesta-se com crises agudas recorrentes com períodos de remissão devido a fatores externos, como estresse, dieta e tabagismo. Seus principais sintomas são estomatites, diarreias, dor abdominal, perda de peso e febre⁽⁴⁾. É considerada uma doença sistêmica, pois há sintomas extra intestinais. Por exemplo, as lesões cutâneas apresentam-se porque há epítomos comuns ao intestino e à pele e, assim, células T migram de modo anormal para o epitélio, se ligam aos antígenos cutâneos, causando alterações que resultam em lesões granulomatosas não caseosas, manifestando, clinicamente, placas, nódulos e úlceras eritematosas. Embora tais sintomas possam ser graves, os portadores da DC podem ter uma vida ativa, com restrições⁽⁵⁾. No início, os sintomas podem não ser característicos e mimetizar outras doenças. O diagnóstico é feito por colonoscopia com biópsia e avaliação do íleo terminal; exame histopatológico; e tomografia computadorizada do abdômen⁽¹⁾. Isso é importante, pois, a Retocolite Ulcerativa (RU), outra DII, caracteriza-se por inflamação e ulceração da camada mais superficial do cólon, apresentando sintomatologia

semelhante à DC, mas diferindo quanto às regiões e formas de acometimento, visto que a DC envolve todas as camadas intestinais, afeta toda a espessura das paredes, e, clinicamente, há má absorção de gordura e fístulas perianais típicas. Megacólon tóxico e potencial maligno já são comuns na RU⁽²⁾. Por fim, a DC não tem cura, mas existem tratamentos, medicamentoso ou cirúrgico, que reduzem a inflamação e amenizam os sintomas⁽¹⁾. Os medicamentos mais utilizados são os corticosteroides, que podem ser associados a outros fármacos, visando regredir a inflamação dos tecidos, sendo o acompanhamento multidisciplinar fundamental⁽⁶⁾. **Conclusão:** A DC, apesar de albergar incógnitas, tem evolução clínica típica que, associada às afecções extra intestinais e recursos tecnológicos, possibilitam o diagnóstico e tratamento específico.

Referências:

- 1- Habr-Gama A, Cerski CTS, Moreira JPT, Caserta NMG, Júnior OO, Araújo SEA. Doença de Crohn intestinal: manejo. Rev. Assoc. Med. Bras. [internet]. 2011 [acesso em 2017 abr 20]. 57(1):10-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n1/v57n1a06.pdf>
- 2- Santos SMR. Doença de Crohn: etiopatogenia, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento [dissertação]. Porto, Portugal: Universidade Fernando Pessoa; 2013. [acesso em 18 de Abril de 2017]. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4100/1/TESE%20MESTRADO%20SANDRA%20SANTOS.pdf>
- 3- Tavares M, Lima R, Soro I, Trindade E, Dias JA . Atividade da doença de Crohn e crescimento. [online]. J. Port. Gastrenterol. 2013. [acesso em 18 de Abril de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ge/v20n1/v20n1a02.pdf>
- 4- Magro F, Correia L, Lago P, Macedo G, Peixe P, Portela F, et al. Decisões clínicas na Doença de Crohn. J. Port. Gastrenterol. [internet]. 2012 fev [acesso em 2017 abr 20], 19(2): 71-88. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-81782012000200005
- 5- Peretti MC, Szczytkovski AT, Reis GS, Quadros GM, Mucay MM, Amarante HMBS, et al. Metastatic cutaneous Crohn's disease as an important differential diagnosis of granulomatous skin disease. J. Bras. Patol. Med. Lab. [internet]. 2016 [acesso em 2017 abr 18], 52(2): 112-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v52n2/1676-2444-jbpml-52-02-0112.pdf>
- 6- Araújo SEA, Bernardo WM. Atualização em Doença de Crohn. Rev. Assoc. Med. Bras. [internet]. 2011 [acesso em 2017 abr 20]. 57(2): 122. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n2/v57n2a02.pdf>

ASSOCIAÇÃO ENTRE CARDIOPATIA CHAGÁSICA CRÔNICA E ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS

Maria José Campos Neta¹; Amanda Fernandes Vieira²; Bianca Ravena Aragão Lima³; Gabriela Siqueira de Souza⁴; Matheus Henrique de Oliveira Silva⁵; Bárbara Maria de Oliveira Azevedo⁶.

¹Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

²Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

³Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁴Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁵Graduando em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁶Graduada em Enfermagem, Faculdades Santo Agostinho.

Autor para correspondência:

Maria José Campos Neta

Email: zezecampos.13@hotmail.com

Telefone: (38) 9.9136-7386

RESUMO

Introdução: Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como o surgimento de um déficit neurológico súbito causado por um problema nos vasos sanguíneos do sistema nervoso central, dividido em isquêmico ou hemorrágico ⁽¹⁾. A Doença de Chagas (DC) é uma antroponose causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* e apresenta-se na fase aguda com acometimento cardíaco na grande maioria irrelevante e na fase crônica, na qual o portador desenvolve um quadro de cardiomegalia associado a outros sinais e sintomas ⁽²⁾. **Objetivo:** Estabelecer uma associação entre acidentes vasculares cerebrais e a cardiopatia chagásica crônica, pois o AVC é uma das três causas líderes de mortalidade no mundo e a doença de chagas apresenta alta prevalência na região do norte de Minas Gerais. **Material e Métodos:** A pesquisa consiste em uma revisão sistemática da literatura, com artigos selecionados dos bancos de dados: Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG, Revista da SOCESP, Sociedade Brasileira de Doença Cardiovascular e Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. **Resultados e Discussão:** A relação da doença de Chagas (DC) com eventos cardioembólicos, especialmente cerebrovasculares, já é descrita há décadas. Com os avanços terapêuticos no manejo da cardiopatia chagásica, ainda a principal causa de mortalidade nos chagásicos, a ocorrência de fenômenos cardioembólicos talvez tenha se tornado mais aparente, destacando-se inclusive como uma das principais causas de morte súbita nesta população ⁽³⁾. Todos os elementos da clássica tríade de Virchow (lesão endotelial, hipercoagulabilidade e estase) para formação de trombos podem ser encontrados, em maior ou menor grau, no paciente chagásico ⁽³⁾. A infecção provocada pelo tripanossomo e, sobretudo as reações e mediadores inflamatórios por ele desencadeados são causas de lesão endotelial, incluindo o acometimento endocárdico. Esses mesmos mediadores, entre os quais a endotelina, possuem efeito pró- agregante

plaquetário, predispondo à hipercoagulabilidade⁽³⁾. Por fim, existem ainda os fatores que promoveriam a estase intra-cardíaca, como a fibrilação atrial, a miocardiopatia dilatada e os aneurismas ventriculares⁽³⁾. Relatos de casos de pacientes chagásicos com AVC são freqüentes na literatura médica. Estudos de necropsia revelam até 60% de freqüência de infartos encefálicos em pacientes com cardiopatia chagásica, e inclusive uma maior taxa de eventos tromboembólicos, mesmos naqueles chagásicos sem doença cardíaca⁽³⁾. Na população que apresenta sorologia positiva para doença de Chagas verificou-se um alto índice de repetição de AVC, maior freqüência de cardiopatia e presença muito menor de fatores de risco cardiovasculares clássicos em relação à população com AVC e sorologia negativa⁽³⁾. A idade é um fator de risco bem estabelecido para ambas as doenças, mas o AVC parece se relacionar com idades avançadas de forma mais freqüente⁽³⁾. **Conclusão:** A doença de Chagas constitui fator de risco independente para AVC no nosso meio, sobretudo por mecanismos cardioembólicos. Assim, faz-se necessário uma estratificação de risco populacional mais abrangente, com maior potencial de benefícios e intervenções mais adequadas.

Referências:

- 1- Oliveira, RMC; Andrade, Luiz AF. Acidente vascular cerebral. Rev Bras Hipertens vol 8(3): julho/setembro de 2001.
- 2- Souza ,DSM; Povia, RMS; Schmidt, A; Pazin-Filho, A; Marin-Neto,JA; Benedito Macie,BC, et al. Atualização em doença de chagas. Rev SOCESP. Volume 26, nº. 4, Outubro/Dezembro 2016.
- 3- Paixão, LC. Doença de Chagas: um fator de risco independente para acidente vascular cerebral isquêmico [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);2007.
- 4- Lopes, ER; Marques, JO; Neto, BC; Menezes, AAC; Chapadeiro. Associação entre acidentes vasculares encefálicos e doença de Chagas. Rev Soc Bras Med Trop, vol.24 nº.2,Uberaba, Abril/Junho1991.

AVALIAÇÃO E PROPEDEÚTICA INICIAL DAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS NA EMERGÊNCIA

Matheus Henrique de Oliveira Silva¹; Amanda Fernandes Vieira¹; Bianca Ravena Aragão Lima¹; Gabriela Siqueira de Souza¹; Maria José Campos Neta¹; Bárbara Maria de Oliveira Azevêdo².

¹Acadêmicos de Medicina das Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE;

²Graduada em Enfermagem pelas Faculdades Santo Agostinho.

Autor para correspondência:
Matheus Henrique de Oliveira Silva
E-mail: matheus_hos@hotmail.com
Telefone: (38) 99149-2046

RESUMO

Introdução: As doenças do aparelho cardiovascular são a principal causa de morte no Brasil, responsáveis por aproximadamente 32% de todos os óbitos⁽¹⁾. O diagnóstico rápido e preciso da causa da dor torácica é primordial, sendo importante sempre afastar ou confirmar o diagnóstico de síndrome coronariana aguda (SCA), por essa representar até um quinto das causas de dor torácica nas salas de emergência e por expressar significativa morbimortalidade⁽²⁾. **Objetivos:** apresentar revisão de literatura referente às SCA, expondo-se o quadro clínico e a abordagem propedêutica inicial desses pacientes. **Material e Métodos:** o presente artigo consiste em uma revisão literária descritiva, utilizando-se como fonte de pesquisa as plataformas virtuais SciELO, BIREME e Google Acadêmico, buscando-se os descritores: “dor torácica”, “dor torácica em emergência” e “protocolo de dor torácica”. **Resultados e Discussão:** a característica anginosa da dor torácica tem sido identificada como o dado com maior poder preditivo de doença coronariana aguda, já o exame físico no contexto das SCA não é expressivo, esse permite principalmente a suspeição de etiologias não cardíacas na gênese da dor torácica. Na SCA, a dor é classicamente descrita como dor ou desconforto ou queimação ou sensação opressiva em região precordial ou retroesternal, que pode irradiar-se para o ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada geralmente de diaforese, náuseas, vômitos ou dispneia. A dor pode durar alguns minutos (geralmente 10 a 20) e ceder, sugerindo angina instável, ou mais de 30 minutos, como nos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM). Queixas atípicas como mal estar, indigestão, fraqueza ou apenas sudorese, sem dor podem ser relatadas pelo paciente. Com frequência, idosos e mulheres apresentam dispneia como queixa principal no IAM, podendo não ter dor ou não valorizá-la⁽³⁾. A avaliação inicial deve ser realizada em até 10 minutos, e deve contemplar anamnese e exame físico, dados vitais e monitorização cardíaca contínua, saturação de oxigênio, eletrocardiograma (ECG), acesso endovenoso e exames complementares (marcadores de lesão miocárdica, eletrólitos e coagulação; radiografia de tórax)⁽⁴⁾. O tratamento inicial objetiva agir sobre os processos fisiopatológicos que ocorrem na SCA e suas consequências, e compreende

a contenção do controle da isquemia miocárdica, a recanalização coronariana e o controle dos processos aterotrombótico⁽³⁾. O tratamento geral consiste na administração de oxigenoterapia, ácido acetilsalicílico, nitrato e morfina⁽⁴⁾, e, a depender do resultado de exames complementares, dispõe-se de: betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, tienopiridínicos, bloqueadores dos receptores da glicoproteína IIb/IIIa, heparina não fracionada, administração de fibrinolíticos e angioplastia coronariana percutânea primária. A angioplastia coronariana percutânea é o método de eleição para a recanalização coronariana em pacientes com IAM com supradesnível do segmento ST, desde que realizado dentro dos primeiros 60 a 90 minutos de chegada do paciente à sala de emergência⁽³⁾. **Conclusão:** a abordagem rápida do paciente com dor torácica é importante, pois possibilita o estabelecimento da etiologia dessa o mais precocemente possível, possibilitando a instituição de tratamento dirigido e reduzindo a morbimortalidade nesses pacientes, principalmente, considerando-se a elevada mortalidade das SCA.

Referências

1. Gomes ET, Queiroga AV, Araújo NR, Bezerra SMMS. Dor torácica na admissão em uma emergência cardiológica de referência. Rev Rene. Ceará; 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1683/pdf>>. Acesso em: 26/04/2017.
2. Domiciano CB, Brasileiro FC, Lopes LC, Araújo LMF, Bringel RA. Dor torácica na sala de emergência – a importância de uma sistematização. Rev Saúde & Ciência UFCG. Paraíba; 2010. Disponível em: <<http://www.ufcg.edu.br/revistasaudefciencia/index.php/RSC-UFCG/article/download/21/24>>. Acesso em 26/04/2017.
3. Bassan R, Pimenta L, Leães PE, Timerman A. Sociedade Brasileira de Cardiologia I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência Arq Bras Cardiol 2002; 79 (supl II): 1. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7903/Toracica.pdf>>. Acesso em: 26/04/2017.
4. Universidade Federal do Paraná, Departamento de Clínica Médica, UTI Cardiológica. Protocolo de dor torácica 2010. Paraná; 2010. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332108029Prot_Dor_Toracica.pdf>. Acesso em: 26/04/2017.

COMBATE À HANSENÍASE EM MINAS GERAIS: UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA

Ana Laura Peixoto Cavalcanti¹; Marcelo Gustavo Ribeiro da Paixão¹

¹Discente da Famed – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, Diamantina, MG

Autor para correspondência:
Ana Laura Peixoto Cavalcanti
E-mail: analpcavalcanti@gmail.com
Telefone: (37) 99835-7118

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença prevalente em países tropicais, é incapacitante e possui notificação compulsória no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) ⁽¹⁾. O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) realiza atividades voltadas para o diagnóstico e o tratamento da doença, a partir da integração de Vigilância Epidemiológica, atenção integral ao doente, educação permanente e gestão ⁽²⁾. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto das estratégias de controle da hanseníase sobre o número de casos no estado de Minas Gerais entre os anos de 2001 e 2015. **Materiais e métodos:** O estudo analisou o número de casos novos de hanseníase (NCNH) entre pessoas de 20 a 79 anos, divididas em 4 faixas etárias em todas as 13 macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais. Os dados a respeito de casos novos de hanseníase foram obtidos através do SINAN do Ministério da Saúde (MS/DATASUS) ⁽³⁾. Para cálculo da incidência média foi utilizada a estimativa populacional do ano de 2008, que corresponde à metade do período estudado, que compreende os anos de 2001 a 2015. **Resultados e discussão:** A incidência média nas menores faixas etárias, que no estudo compreende a faixa etária de 20 a 34 anos, pode indicar a intensidade de transmissão e tendência de uma endemia, permitindo, a partir dessa, estudar o possível efeito de programas de controle, como o PNCH. No estado de Minas Gerais essa foi a faixa etária menos acometida e com maior redução, no período analisado, do NCNH. Ocorreu uma diminuição média de 11,6% por ano no número de novos casos da doença em pacientes com essas idades ao longo do período analisado, o que possibilita uma avaliação da dispersão do agente infeccioso. Isso indica a eficiência global das políticas de combate à hanseníase e a redução gradativa e significativa do número de acometidos anualmente. O controle do número de doentes em idade avançada permite avaliar a eficácia do tratamento utilizado. Na faixa etária entre 65 e 79 anos a redução foi de 4,7% no número de novos casos. Entre as macrorregiões de saúde do estado, a que apresentou menor incidência foi a Centro Sul. A região do Jequitinhonha, embora tenha a mesma média de novos casos que a anterior, apresenta incidência média 2,2 a 3,8 vezes maior, sendo considerada alta ou muito alta. Leste do norte, nordeste e noroeste foram identificadas como as regiões de maior incidência média para a doença. Apesar de a tendência temporal apresentar uma queda na taxa de

incidência no estado, não é possível considerar uma homogeneidade nesse dado. Na região da cidade de Araçuaí foi identificada uma tendência de aumento no número de casos em indivíduos na faixa dos 15 anos ⁽⁴⁾, divergindo dos resultados gerais encontrados nessa pesquisa. O coeficiente apontado pela literatura para a região no ano de 2007 de 46,8 casos para cada 100 mil habitantes é considerado hiperendêmico ⁽⁵⁾. **Conclusão:** O Programa Nacional de Controle da Hanseníase tem conseguido controlar e reduzir o número de casos da doença através de suas práticas. Entretanto, nem todas as regiões do estado recebem a atenção devida, de acordo com o princípio da equidade, para que o controle da doença seja feito de forma mais eficiente. Estratégias precisam ser repensadas para regiões com pouca estrutura, principalmente aquelas com baixo Índice de Desenvolvimento Humano.

Referências

1. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso: 20/04/2017.
2. Sampaio PS, Barbosa JC, Alencar MJF, Heukelbach J, Hinders D, Magalhães MC, et al. Brazilian Leprosy Control Program: evaluation by health care professionals. Cad. Saúde Colet. 2009;17(1): 273-87.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Casos Novos segundo macrorregião de saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/hansenias/cnv/hanswmg.def>>. Acesso: 20/04/2017
4. Lana FCF, Amaral EP, Lanza FM, Lima PL, Carvalho ACND, Diniz LG. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale de Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007;60(6): 696-700;
5. Lana FCF, Carvalho APM, Davi RFL. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. Esc Anna Nery Ver Enferm. 2011;15(1): 62-7.

COMPARAÇÃO DO PERFIL DE INCIDÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL ENTRE AS MACRORREGIÕES MINEIRAS CENTRO E NORTE

Gabriela Caldeira de Faria Santiago ¹; Débora Magalhães Paiva ²; Igor Antônio Costa de Oliveira ³; Laniel Aparecido Bueno ⁴; Marianne Caldeira de Faria Santiago ⁵; Sílvio Fernando Guimarães de Carvalho ⁶

¹ Acadêmica de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

² Acadêmica de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

³ Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

⁴ Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

⁵ Médica Residente em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

⁶ Docente do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES

Autor para correspondência:
Gabriela Caldeira de Faria Santiago
Email: gabrielacfs@hotmail.com
Telefone: (38) 99195-7922

RESUMO

Introdução: A leishmaniose visceral (LV) está entre as mais importantes doenças transmitidas por vetores que ocorrem no Brasil, principalmente devido ao seu caráter zoonótico. A LV é a grande responsável pelas mortes ocorridas nos trópicos e constitui uma das seis mais importantes doenças elencadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁽¹⁾. No território brasileiro, a LV inicialmente tinha um caráter eminentemente rural e, mais recentemente, vem se expandindo para as áreas urbanas de médio e grande porte, sendo também conhecida por: calazar, barriga d'água, entre outras denominações menos conhecidas ⁽²⁾. **Materiais e Métodos:** Estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo, realizado na base de dados DataSUS: *Doenças e Agravos de Notificação – De 2007 em diante (SINAN)*, relativo aos casos notificados de Leishmaniose Visceral. Foram utilizados como filtros de restrição: macrorregião de saúde; o período de 2010 a 2015; além de sexo, faixa etária, zona de residência e evolução da doença. **Resultados e discussão:** Houve no período de 2010 a 2015 no Centro de Minas Gerais 1.359 casos notificados de LV, enquanto no Norte o total de casos foi de 442, mostrando a maior incidência de LV na região central do estado. Em relação à faixa etária, a mais acometida no Centro foi a dos 20 – 59 anos, enquanto no Norte foi a de 1–4 anos, mostrando predominância na população economicamente ativa e pediátrica respectivamente. A razão da grande vulnerabilidade em crianças é explicada pela imaturidade do sistema imunológico e uma maior exposição ao vetor no peridomicílio, além do estado de desnutrição tão comum em áreas endêmicas. Entretanto, o envolvimento do adulto não pode ser desconsiderado devido sua significativa importância na epidemiologia da LV. Quanto ao sexo, no Centro do estado

houve 869 casos do sexo masculino e 490 do sexo feminino, enquanto no Norte foram 292 casos masculinos e 160 femininos, demonstrando o predomínio da LV na população masculina em ambas as macrorregiões. No Centro de Minas Gerais 1.212 pacientes residiam em zona urbana e 46 em zona rural, enquanto no Norte do estado, 334 residiam em zona urbana e 107 em zona rural, evidenciando o progressivo processo de urbanização da doença. Quanto à evolução dos casos, no Centro do estado, em 1.092 houve cura e em 135 óbito por LV, enquanto no Norte mineiro 398 evoluíram com cura e 36 com óbito por LV. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos, segundo o Ministério da Saúde ⁽³⁾. **Conclusão:** No estudo verificou-se que a incidência de LV não se relaciona somente aos aspectos socioeconômicos da macrorregião, uma vez que seu predomínio foi na região central, área mais desenvolvida socioeconomicamente em relação ao norte mineiro. Com isso, foi possível concluir também o predomínio da doença na população pediátrica no norte mineiro, associada à desnutrição local. Esse cenário aponta a necessidade de investimentos em estratégias de saúde pública e em pesquisas, visando à redução dos casos de LV em ambas as macrorregiões.

Referências:

- 1- Guerin PJ, Olliaro P, Sundar S, Boelaert M, Croft SL, Desjeux P, et al. Visceral leishmaniasis: current status of control, diagnosis, and treatment, and a proposed research and development agenda. *The Lancet Infectious diseases*. 2002 Aug; 2 (8): 494-501.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 1. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. 1. ed. Brasília, DF, 2016.

DEPRESSÃO ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA: EPIDEMIOLOGIA, SINTOMATOLOGIA, FATORES CONTRIBUTIVOS E CONSEQUÊNCIAS

Aline Barbosa de Souza¹; Katia Vicente Silveira¹; Antônio Ricardo Rabahi¹

¹ Graduandos em Medicina/FUNORTE- ICS

Autor para correspondência:

Aline Barbosa de Souza

E-mail: alineb.souza@yahoo.com.br

Telefone: (38) 991970352

RESUMO

Introdução: A depressão é condição médica comum geralmente associada à incapacidade funcional e comprometimento da saúde física e mental da pessoa. Envolve aspectos afetivos, cognitivos e neurovegetativos. Estima-se que de 15% a 25% dos estudantes universitários apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico durante a sua formação acadêmica¹. Dentre esses transtornos, os depressivos têm maior prevalência. No meio médico, oscila entre 8% e 17%. Esses dados epidemiológicos justificam a necessidade desse estudo para a partir dele não só caracterizar os sintomas, fatores contributivos e consequências, mas também, possibilitar um planejamento eficiente tanto para prevenir o aumento da prevalência quanto para diminuí-la. **Objetivos:** Analisar na literatura dados epidemiológicos da depressão em acadêmicos de Medicina, bem como seus fatores desencadeantes, sintomas e consequências. **Material e Métodos:** É um trabalho de cunho descritivo onde desenvolveu-se uma revisão de literatura de artigos disponíveis na plataforma “SCIELO” e “LILACS” com o descritor “depressão em acadêmicos de medicina”. Foram selecionados artigos de 2005 a 2017 em Língua Portuguesa dos quais 6 se ajustaram a delimitação do tema proposto. **Resultados e Discussões:** Há maior prevalência e gravidade de sintomas depressivos em estudantes do curso médico. A depressão inclui fatores genéticos e ambientais em sua fisiopatologia. Seus principais sintomas são: tristeza, decepção, inferioridade, ideias suicidas, choro, irritação, distúrbios do sono, apetite e perda de peso. Entre os fatores contributivos para o acometimento da doença, destacam-se: a elevada carga horária, grande volume de matérias, maior contato com pacientes portadores de diversas doenças e prognósticos, insegurança em relação ao ingresso no mercado de trabalho, pressão exercida por familiares e professores, apresentação de trabalhos, realização de provas, falta de lazer, privação do sono, expectativas relacionadas ao futuro, além da auto cobrança ⁽⁶⁾. Foi realizado com 234 acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), do primeiro ao sexto ano, no primeiro semestre de 2012, um estudo observacional com delineamento transversal com a análise de variáveis e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Ehad). Entre os entrevistados, 13,3% fez tratamento para depressão e 11,5% usou medicamento para tratar o transtorno. Quanto a características demográficas, houve prevalência de sintomas sugestivos de depressão no sexo feminino 71,1%, em acadêmicos que residem com os pais 51,1%,

tem parceiro fixo 57,7%, e que não exercem atividade extracurricular remunerada 86,6%. A depressão trás no âmbito médico acadêmico consequências como: redução do rendimento da aprendizagem nas tarefas cotidianas, ocorrência de baixa autoestima e insegurança podendo culminar, em alguns casos, em suicídio. **CONCLUSÃO:** A prevalência de depressão no curso médico evidencia a necessidade de discutir planejar e aplicar mudanças que garantam o completo bem-estar físico mental e social do estudante possibilitando assim, a sua saúde de forma integral. Por isso, é necessária a contribuição da academia para a promoção da qualidade de vida do acadêmico por meio de suporte psicopedagógico e psicológico durante todo o ciclo do curso, básico, clínico e internato, para dessa forma, assegurar a preservação da sua saúde mental tanto durante quanto após a graduação.

Referências

1. Noronha Júnior MAG, Braga YA, Marques TG, Silva RT, Vieira SD, Coelho VAF, et al. Depressão em estudantes de medicina. Rev Med Minas Gerais. 2015 ; 25(4): 562-567
2. Bampi LNS, Baraldi S, Guilhem D, Araújo MP, Campos ACO. Qualidade de vida de estudantes de medicina da Universidade de Brasília. Rev bras educ med.2013; 37(2)
3. Moro A, Valle JB, Lima LP. Sintomas Depressivos nos Estudantes de Medicina da Universidade da Região de Joinville. Rev bras educ med.2005;29(2)
4. Cavestro JM, Rocha FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. J bras psiquiatr.2006; 55(4)
5. Mesquita AM, Lemes AG, Carrijo MVN, Moura AAM, Couto DS, Rocha EM, et al. Depressão entre estudantes de curso da área da saúde de uma univerdade em Mato Grosso. Journal Health NPEPS.2016; 1(2):218-230
6. Alves TCTF. Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde. Rev Med (São Paulo).2014; jul.-set.;93(3):101-5.

DIARREIA CRÔNICA – DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Maria José Campos Neta¹; Amanda Fernandes Vieira²; Bianca Ravena Aragão Lima³; Gabriela Siqueira de Souza⁴; Matheus Henrique de Oliveira Silva⁵; Bárbara Maria de Oliveira Azevedo⁶.

¹Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

²Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

³Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁴Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁵Graduando em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁶Graduada em Enfermagem, Faculdades Santo Agostinho.

Autor para correspondência:
Maria José Campos Neta
Email: zezecampos.13@hotmail.com
Telefone: (38) 9.9136-7386

RESUMO

Introdução: Diarreia crônica é definida por um aumento na frequência (3 ou mais evacuações/dia) e/ou diminuição da consistência das fezes e/ou um aumento de massa fecal (>200g/dia) por um período acima de quatro semanas⁽¹⁾. O diagnóstico diferencial da diarreia crônica é desafiador, já que um grande número de etiologias se manifesta de modo similar e varia de benignas a potencialmente fatais. **Objetivo:** Estabelecer uma sequência de raciocínio clínico objetivando alcançar um diagnóstico que tem como sintomatologia diarreia crônica. **Material e Métodos:** A pesquisa consiste em uma revisão sistemática da literatura, com artigos selecionados dos bancos de dados: Faculdade de Farmácia-Universidade do Porto, Faculdade de Medicina- UFOP e Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia e pela revisão do Livro Semiologia Médica de Porto-7ªed.. **Resultados e Discussão:** A diarreia crônica é dividida em três categorias básicas: aquosa, gordurosa e inflamatória⁽²⁾. A diarreia aquosa pode ser subdividida nos tipos osmótica, secretora e funcional. Na diarreia osmótica, substâncias pouco absorvíveis conduzem a retenção de fluidos intestinais por ajuste da osmolaridade. Na diarreia secretora ocorre diminuição da absorção ou aumento da excreção de água e eletrólitos⁽²⁾. Por último, a diarreia funcional desenvolve-se na sequência de uma hipermotilidade intestinal, que se traduz numa redução do tempo de contacto no intestino delgado (menor absorção de nutrientes e água) e num esvaziamento prematuro do cólon⁽²⁾. A diarreia gordurosa desenvolve-se na sequência de distúrbios na absorção de nutrientes, sendo caracterizada por excesso de gases, esteatorreia, ou perda ponderal. A diarreia inflamatória é caracterizada pela produção de fezes moles com muco, sangue e pus e por níveis elevados de calprotectina fecal⁽²⁾. O passo inicial para o diagnóstico diferencial da diarreia crônica passa pela história clínica. O volume, frequência e consistência das fezes podem ajudar a categorizar a

diarreia. É essencial averiguar se o paciente efetuou viagens recentemente. O exame físico fornece pistas adicionais quanto à causa da diarreia. Perda de peso recente ou linfadenopatia podem resultar de uma infecção crônica ou malignidade. Deve-se proceder a um exame abdominal para avaliar a presença de cicatrizes (causas cirúrgicas de diarreia), ruídos intestinais (hipermotilidade), sensibilidade (infecção e inflamação) e massas (neoplasia), seguido de um exame retal ⁽³⁾. A existência de fístulas anais é sugestiva de doença de Crohn. Uma rápida anoscopia pode detectar ulcerações ou fezes impactadas. Os testes laboratoriais que, numa primeira fase, podem permitir orientar o diagnóstico incluem o hemograma, albumina, velocidade de sedimentação, TSH e eletrólitos ⁽³⁾. Na doença celíaca é habitual o desenvolvimento de uma anemia ferropriva (microcítica e hipocrômica) ⁽³⁾. Valores alterados da TSH podem ser compatíveis com hipertireoidismo, que é causa de diarreia devido ao aumento da motilidade ⁽³⁾. **Conclusão:** As inúmeras possíveis causas de diarreia crônica exibem sintomatologias muito semelhantes, o que dificulta o diagnóstico. A confirmação desse às vezes apenas é possível através de metodologias invasivas, dispendiosas e pouco toleradas pelos pacientes. Assim, faz-se necessário uma abordagem completa do paciente, com história clínica e exame físico completo, na tentativa de evitar exames invasivos e dispendiosos.

Referências:

- 1- Diarreia: avaliação e tratamento. Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Normas de orientação clínica, 2012.
- 2- Saavedra, PMBC. Diarreia crônica- uma perspectiva laboratorial [dissertação]. Faculdade de Farmácia- Universidade do Porto; 2012.
- 3- Carolina, I. Manejo da diarreia crônica em adultos. Ouro Preto: Faculdade de Medicina- Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); Dezembro, 2012.
- 4- Porto, CC; Porto, AL. Semiologia Médica, 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS SURDOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Tiana Oliveira Vidal Fernandes¹; Maria Antonieta Pereira Tigre Almeida².

¹ Discente do Curso de Graduação em Medicina na Faculdade de Saúde Santo Agostinho – FASA-VIC

² Mestre em Linguística e Intérprete de LIBRAS. Docente do Curso de Graduação em Medicina na Faculdade de Saúde Santo Agostinho.

Autor para correspondência:
Tiana Oliveira Vidal Fernandes
E-mail: tianavidal@hotmail.com
Telefone: (77) 98876-4440

RESUMO

Introdução: Cerca de 2 milhões de brasileiros possuem deficiência auditiva severa sendo que 1,7 milhões têm grande dificuldade para ouvir e 344,2 mil são surdos.⁽¹⁾ A audição exerce fundamental importância no desenvolvimento global do ser humano e a perda desse sentido caracteriza um déficit sensorial que limita as atuações do indivíduo⁽²⁾, dessa forma, o paciente surdo pode enfrentar dificuldades na relação médico-paciente. O encontro entre médico e paciente é uma situação singular, pois decisões serão tomadas em relação à vida daquela pessoa que procura o médico carregado de ansiedades e dúvidas, esperançoso de ser compreendido e ajudado.⁽³⁾ **Objetivo:** Identificar as dificuldades encontradas pelos surdos na relação médico-paciente. **Material e Métodos:** Trata-se de estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa para o qual foi realizada entrevista semiestruturada usando-se a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) com 26 estudantes surdos em escola pública de Vitória da Conquista, na Bahia. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, sob parecer nº 1.415.031 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados e Discussão:** Os relatos dos entrevistados apontaram as seguintes dificuldades enfrentadas na relação médico-paciente: ausência de comunicação com o médico; necessidade de intermediação pelo acompanhante; despreparo dos profissionais que os atendem. O bloqueio na comunicação impede o surdo de se expressar, expor suas dúvidas e receber orientações e informações transmitidas pelo médico, como uso de medicamentos e diagnóstico da doença, podendo levar a interpretações errôneas, o que prejudica a saúde do surdo e lhe dá insegurança em relação à sua cura.⁽⁴⁾ Todos os entrevistados disseram precisar de acompanhante para traduzir suas emissões para os médicos e vice-versa caracterizando perda da individualidade e confidencialidade da consulta. Todos também relataram um misto de sentimentos: tristeza, raiva, decepção e indignação pela falta de comunicação associada ao desinteresse por parte dos profissionais para com eles durante as consultas. Fala do informante 08: “Só fala com meu acompanhante. Não olham pra gente e quando fala olhando para a pessoa surda é

assustado.” Quatro entrevistados já procuraram os serviços de saúde sozinhos e dois deles relataram experiências constrangedoras. Fala do informante 21: “Fui sozinha e foi muito difícil para mim. O médico se irritou. Meu Deus, eu só sou surda.” Quando questionados sobre como deveria ser o atendimento nos serviços de saúde, 19 participantes acham que o atendimento melhoraria se houvesse um intérprete LIBRAS. **Conclusão:** Diante do prejuízo no vínculo entre médicos e surdos que compromete a qualidade do atendimento prestado, recomenda-se que os médicos entendam a necessidade de aprender a LIBRAS para promover a inclusão do surdo ou de recorrer a um intérprete como facilitador da comunicação. Para tanto, seria mais fácil se o município contasse com central de intérpretes e os serviços públicos de saúde disponibilizassem esse profissional. Além disso, compete aos profissionais médicos conduzir a consulta de forma a torná-la o menos angustiante possível, estabelecendo relação de confiança, com utilização de recursos simples e acessíveis a todos, tais como: contato visual, cordialidade, paciência, empatia e demonstração de real interesse pela situação do indivíduo.

Referências:

- 1- Oliveira LMB, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.
- 2- Reis ATPS, Silva FGF, Farias RB. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Centro Auditivo de Petrolina – PE. Rev. CEFAC [periódico online] 2012 [citado 2017 abr 10]; 14(1): 79-83. Disponível em URL: <http://www.scielo.br>
- 3- Porto CC. Semiologia Médica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- 4- Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas por pessoas com deficiência. Rev. Saúde Pública [periódico online] 2011 [citado 2017 abr 10]; 45(1): 99-105. Disponível em URL: <http://www.scielo.br>

FEBRE AMARELA: EPIDEMIOLOGIA EM ÂMBITO NACIONAL

Henrique Pereira Nunes Oliva¹; Flávio Marconiedson Nunes²; Rodrigo Fernando Torres Melo Sotero²; André Zuba Silveira²; Ytzac Ernandes Fernandes Carneiro²; Karina Cardoso Teixeira²

¹ Mestre e Professor das Faculdades Integradas Pitágoras

² Acadêmicos de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Autor para correspondência:
Henrique Nunes Pereira Oliva
E-mail: hnp@hotmai.com
Telefone: (38) 99965-7128

RESUMO

Introdução: A febre amarela, doença provocada por um vírus da família *Flaviridae*, constitui-se, desde muito tempo, como uma afecção não contagiosa e endêmica nas florestas da Amazônia e da África ^(1,2). No Brasil, admite-se a existência de algumas áreas endêmicas ou de risco como as Regiões Norte, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. A doença acomete tanto os residentes dessas áreas como os turistas, constituindo-se como um grande problema de saúde pública no país ⁽³⁾. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico da febre amarela no Brasil, bem como a sua evolução no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2016. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento retrospectivo e transversal na coleta de dados e abordagem quantitativa destes. A fonte de dados foi o *Sistema de Informação Hospitalar* do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponível no DATASUS/ Ministério da Saúde. As afecções foram investigadas a partir das internações ocasionadas pela doença no respectivo período e sistema conforme a Lista de Tabulação CID-BR da CID-10. A amostra se compôs por 100% dos registros de febre amarela entre janeiro de 2008 e dezembro de 2016, com atenção especial aos dados epidemiológicos: idade, sexo e raça. Foram excluídos os casos em que as informações foram omitidas. Para diminuir a instabilidade das taxas, os dados foram agrupados por triênios – (2008-2010, 2011-2013, 2014-2016) – e tabulados por meio de estatística descritiva com o Pacote Estatístico SPSS 18.0. O estudo não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa devido à característica aberta dos dados que impossibilita qualquer identificação dos sujeitos, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados/Discussão:** Foram analisados 239 casos de internação por febre amarela no período de estudo, com diminuição importante no número de acometidos entre os triênios – 138 (2008-2010), 51 (2011-2013) e 51 (2014-2016). O maior número absoluto de internações ocorreu no ano de 2009, com 62 casos, e há de se ressaltar a grande diferença entre o primeiro e os outros dois triênios, onde houve redução significativa de 63%. Também houve discrepância entre as regiões do país: a Região Norte foi responsável por 65 casos; a Região Nordeste por 61; Região Sudeste por 71; Região Sul por 29 e Centro-Oeste por 13 casos. Com relação à idade, houve

prevalência de casos entre crianças e adultos jovens, com os respectivos resultados: 0 a 9 anos, 66 casos; 10 a 19 anos, 30 casos; 20 a 39 anos, 84 casos; 40 a 59 anos, 35 casos; ≥ 60 anos, 24 casos. O sexo masculino foi responsável por 58,1% dos acometidos e nos casos informados 55% dos doentes foram da raça branca, 42% foram pardos e apenas 3% foram da raça negra. **Conclusão:** A descrição da epidemiologia e da evolução da febre amarela no Brasil permitiu identificar uma mudança regional da doença, onde se registrou um grande número de doentes na Região Nordeste, que não é caracterizada como área endêmica. Apesar da diminuição de internações por febre amarela no Brasil, a doença se faz bastante presente no cenário das doenças infecciosas, sendo necessária a criação de políticas públicas cada vez mais específicas para o controle da doença, visando principalmente o controle das migrações, da vacinação e dos aspectos relativos aos vetores.

Referências

- 1- Monath TP. Yellow fever: An update. *Lancet Infectious Diseases*: 2001. 1:11-20.
- 2- Mutebi JP, Wang H, Li L, Bryant JE, Barrett ADT. Phylogenetic and evolutionary relationships among yellow fever virus isolates in Africa. *Journal of Virology*: 2001; 75:6999-7008.
- 3- Vasconcelos PFC, Costa ZG, Travassos da Rosa ES, Luna E, Rodrigues SG, Barros VL, et al. An epidemic of jungle Yellow fever in Brazil, 2000. Implications of climatic alterations in disease spread. *J Med Virol*: 2001; 65: 598-604.

HANSENÍASE: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E ANTROPOLÓGICA

Aline Barbosa de Souza¹; Antônio Ricardo Rabahi¹; Katia Vicente Silveira¹

¹ Graduandos em Medicina/FUNORTE- ICS

Autor para correspondência:
Aline Barbosa de Souza
alineb.souza@yahoo.com.br
Telefone: (38) 99197-0352

RESUMO

Introdução: Hanseníase é doença crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, afetando pele, sistema nervoso periférico e, ocasionalmente, outros órgãos e sistemas. A hanseníase tem sido considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, ocasionando rejeição e exclusão do doente na sociedade. A infecção evolui de maneiras diversas, de acordo com a resposta imunológica específica frente ao bacilo. Esta resposta imune constitui um espectro, que expressa as diferentes formas clínicas da doença. O diagnóstico da hanseníase é baseado em alguns sinais cardinais, como a presença de anestesia em lesões cutâneas, o espessamento de nervos periféricos, e a demonstração do *M. leprae* no esfregaço de linfa ou cortes histológicos de tecidos. Sendo assim, para o diagnóstico da doença, deve-se levar em conta o conhecimento precário da população acerca dessa doença, fator que corrobora com seu diagnóstico tardio. **Objetivo:** Analisar as principais dificuldades que acometem os portadores da doença, levando em consideração os fatores biopsicossociais e a dificuldade de diagnóstico. **Material e Método:** É um trabalho de cunho expositivo no qual desenvolveu-se uma revisão de literatura de artigos disponíveis na plataforma “SCIELO” e “LILACS”, com o descritor “Hanseníase, tratamento e diagnóstico”. Foram selecionados artigos de 1997 a 2017 em Língua Portuguesa dos quais 6 se ajustaram a delimitação do tema proposto. **Resultados e Discussões:** No que se refere à percepção e conhecimento da doença, várias situações podem remeter a não detecção dos sinais e sintomas da doença. Algumas situações estão relacionados à percepção que se tem do corpo, da valorização da saúde, da doença e do autocuidado. Outras situações remetem ao conhecimento dos sinais e sintomas da doença. Apesar da hanseníase ser uma doença que já tem cura há mais de meio século observou-se que o estigma ainda persiste no imaginário das pessoas. Ainda que haja muitos esforços para desmistificar a hanseníase, o medo e a rejeição ainda dificultam, em alguns casos, no processo diagnóstico da hanseníase. Outro fator que corrobora com o diagnóstico tardio é a falta de conhecimento da população ou o conhecimento precário. De acordo com a Ficha Epidemiológica e Clínica (FEC) de caso dos doentes notificados nos anos de 1992 a 1997, 53,16% dos diagnósticos são realizados em centros de saúde e 25,88% em ambulatórios hospitalares. O maior número de diagnósticos realizados em centros de saúde deve-se, em parte, à descentralização dos serviços, tendo a população maior acesso ao nível primário. Contudo, não se pode afirmar que a descentralização do

diagnóstico e tratamento dos casos em todas as unidades básicas de saúde conduza efetivamente para a eliminação da doença. **Conclusão:** Constata-se que o conhecimento sobre a doença é rudimentar e em geral expresso pela própria experiência vivenciada. Por isso, há necessidade da utilização pelos profissionais de saúde de uma linguagem clara e adequada ao perfil dos pacientes, para que as informações sejam efetivamente apreendidas. Além disso, percebe-se que a hanseníase não passa despercebida, mas sim deixa sua marca (física ou emocional), seja por tempo limitado durante o tratamento ou por um período mais longo, como no caso das sequelas físicas. Nesse sentido, é imprescindível o apoio dos profissionais de saúde a esses pacientes, prestando uma atenção integral.

Referências

1. Lombardi, C. et al. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo: IMESP/SAESP, 1990.
2. Grossi, M. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, mai-jun, 2003
3. Organização Mundial de Saúde. Um guia para eliminar a Hanseníase como problema de saúde pública. Genebra; 1995
4. Ponte KMA, Ximenes Neto FRG. Hanseníase: a realidade do ser adolescente. *Rev. Bras. Enferm*, 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Informe da Atenção Básica Nº 42. A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007
6. Adami NP. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 1993

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA ICTERÍCIA NEONATAL

Maria José Campos Neta¹; Amanda Fernandes Vieira²; Bianca Ravena Aragão Lima³; Gabriela Siqueira de Souza⁴; Matheus Henrique de Oliveira Silva⁵; Bárbara Maria de Oliveira Azevedo⁶.

¹Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

²Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

³Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁴Graduanda em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁵Graduando em Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

⁶Graduada em Enfermagem, Faculdades Santo Agostinho.

Autor para correspondência:

Maria José Campos Neta

Email: zezecampos.13@hotmail.com

Telefone: (38) 9.9136-7386

RESUMO

Introdução: A icterícia representa um dos principais problemas de saúde pública no período neonatal, bem como é causa frequente de reinternações em leitos de hospitais pediátricos, o que eleva os custos no âmbito da saúde pública. Ela é a manifestação clínica da hiperbilirrubinemia, que é definida como a concentração sérica de bilirrubina indireta maior que 1,5 mg/dl ou de bilirrubina direta maior que 1,5 mg/dl, desde que esta represente mais que 10% do valor de bilirrubina total ⁽¹⁾. Se não for monitorada ou tratada oportunamente, a hiperbilirrubinemia pode ser exacerbada e passar despercebida se o lactente não estiver sob supervisão médica. Um desfecho adverso pode ser um espectro de disfunção neurológica induzida pela bilirrubina e sua manifestação mais grave, o kernícterus, uma paralisia cerebral atetoide permanente com comprometimento auditivo neurossensorial ⁽²⁾. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivos elucidar as consequências do diagnóstico tardio da icterícia neonatal, e ratificar a importância da detecção precoce da hiperbilirrubinemia. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo bibliográfico, através de levantamento de artigos científicos e cartilha do Ministério da Saúde. O método utilizado foi a análise da bibliografia encontrada, que compreende a leitura, seleção, fichamento e arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta. **Resultados e Discussão:** Recém-nascidos com icterícia ou hiperbilirrubinemia não detectada constituem uma população vulnerável, que pode não receber atenção preventiva e/ou terapêutica logo após a alta do hospital onde nasceram ⁽²⁾. Altas hospitalares precoces, com idade inferior a 72 horas; falta de preocupação adequada com os riscos da icterícia excessiva em recém-nascidos a termo ou quase termo; um aumento considerável na amamentação sem suporte e aconselhamento para monitorar a adequação da lactogênese e das mamadas; carência de material educativo que possibilite e instrua as famílias a procurarem tratamento médico em tempo hábil; e limitações no sistema de saúde quanto a triagem pré-alta hospitalar, identificação de famílias e

lactentes em maior risco a fim de garantir acompanhamento após a alta são responsáveis pelo diagnóstico tardio e consequentemente pelo kernícterus^(2,3). O diagnóstico correto e precoce da hiperbilirrubinemia pode reduzir as taxas de morbidade neonatal relacionadas à hiperbilirrubinemia indireta⁽³⁾. Tal fato se justifica, pois os estágios precoce e intermediário da encefalopatia bilirrubínica aguda pode ser revertido com estratégias imediatas e eficientes que reduzam os níveis de bilirrubina⁽²⁾. **Conclusão:** A encefalopatia bilirrubínica é uma afecção totalmente prevenível, portanto, se adotada uma abordagem coletiva, que esclareça às equipes de atendimento materno-infantil, juntamente dos familiares, como estratégia de saúde pública, estaremos propiciando o tratamento efetivo da hiperbilirrubinemia neonatal grave e evitando, assim, tanto a encefalopatia bilirrubínica aguda quanto o kernícterus⁽⁴⁾.

Referências:

- 1-Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2.ed. atual. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- 2- Bhutani VK & Johnson L.Prevenção de hiperbilirrubinemia neonatal grave em lactentes saudáveis com 35 ou mais semanas de gestação: implantação de uma abordagem sistemática.J Ped 2007; Vol. 83, No4.
- 3- Lima GM, Porto MASC, Barbosa AP, Cunha AJLA.Fatores de risco preditivos de hiperbilirrubinemia neonatal moderada a grave. Rev Einstein 2007; 5(4):352-357.
- 4- Castilho TRRN, Vargas MS, Pinsuti A, Rocha MA, D’Bertagnon JR.Encefalopatia bilirrubínica por incompatibilidade Rh. RevEinstein 2011; 9(2 Pt 1):220-3.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Laura Peixoto Cavalcanti¹; Ana Laura Rocha Alves¹; Carolina Rodrigues Cunha Guimarães Drumond¹; Marcelo Gustavo Ribeiro da Paixão¹; Pedro Henrique Rezende Rocha¹

¹Discente da Famed – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, Diamantina, MG

Autor para correspondência:
Ana Laura Peixoto Cavalcanti
E-mail: analpcavalcanti@gmail.com
Telefone: (37) 99835-7118

RESUMO

Introdução: Incontinência urinária (IU) é uma queixa frequente entre mulheres e constitui um achado em 15% a 30% em mulheres de todas as idades⁽¹⁾. **Objetivo:** Encontrar na literatura disponível material que permitisse abordar a etiopatogenia da IU em mulheres. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura nos bancos de dados PubMed, BVS e SciELO utilizando-se os termos: incontinência urinária, gestação, puerpério e doenças do assoalho pélvico. Quarenta e três trabalhos foram selecionados, os quais apresentavam fatores de risco associados ao desenvolvimento da incontinência urinária em mulheres, especialmente em grávidas e no período pós-parto. Além disso, os trabalhos também traziam informações a respeito de diferenças entre mulheres portadoras dessa condição e não portadoras. **Resultados e Discussão:** Os tipos mais comuns de IU são a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), Incontinência de Urgência e a Incontinência Mista (IM). Esta última combina sintomas dos dois outros tipos de IU. Dentre essas, a mais prevalente, afetando cerca de metade de mulheres incontinentes, é a IUE^(2,3). Entre os fatores de risco independentes da gestação e parto, aquele que possui maior associação com o desenvolvimento de IU é a obesidade. Essa relação é explicada por uma lesão direta aos nervos e tecidos locais, envolvidos no processo de controle da micção, devido ao aumento de pressão pelo acúmulo de gordura na região da cintura e quadril⁽⁴⁾. Além disso, foram também citados como fatores de risco a diabetes, idade avançada (30-35 anos), doenças de colágeno, neuropatias, deficiência de estrogênio devido ao aumento da progesterona, raça e mulheres que foram submetidas a histerectomia⁽⁵⁾. Quanto aos fatores associados à gravidez e parto, estes decorrem de alterações fisiológicas que predisõem o organismo materno ao desenvolvimento de IU. Os principais fatores associados a esse quadro são: crescente pressão do útero gravídico sobre tecidos adjacentes, peso fetal, ações hormonais sobre a pelve feminina e aumento do colo vesical⁽⁶⁾. Ademais, durante o trabalho de parto pode haver compressão e distensão de estruturas neuromusculares do assoalho pélvico (AP) resultando em alterações na dinâmica miccional e consequente IU⁽⁷⁾. Além disso, a via de parto interfere no desenvolvimento de IU, uma vez que via

de parto vaginal está mais propensa a traumas perineais, resultando em lesões de assoalho pélvico⁽⁸⁾. Do ponto de vista molecular, há um desequilíbrio entre as fibras colágenas, que provoca uma alteração de tensão nos tecidos do assoalho pélvico. A expressão da metalopeptidase-9 (MMP-9), devido a estímulo de fator de transformação de crescimento beta 1 (TGF- β 1) leva a uma diminuição de fibras colágenas tipo I em proporção às do tipo III. TGF- β 1 ainda aumenta o tempo de divisão celular e inibe a proliferação da musculatura lisa. Em pacientes portadores de IU, há uma maior expressão de TGF- β 1, o que gera uma menor quantidade de musculatura lisa uretral e musculatura estriada fragmentada e desorganizada⁽⁹⁾. **Conclusão:** A IU tem forte impacto na qualidade de vida dessas mulheres e, por isso, deve ser estudado e discutido constantemente para que se aprimore suas formas de abordagem e forneça impacto positivo na vida destas pacientes.

Referências

1. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1997;104(12): 1374-79.
2. Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enfermagem Florianópolis*. 2008;17(3): 527-35.
3. Lopes DBM, Praça NS. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012;46(3): 559-64.
4. Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Risk factors for urinary incontinence in women. *Rev. Esc. Enferm. USJ*. 2008;42(1): 187-92.
5. Chin HY, Chen MC, Liu YG, Wang KH. Postpartum urinary incontinence: a comparison of vaginal delivery and emergent cesarean section. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct*. 2006;17(6): 631-5
6. Moisés ECD, Duart G, Freitas MMSD, Brito LGO. Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. *Femina*. 2011;39(8): 409-12.
7. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Anatomia orientada para a clínica. Trad. de Cláudia Lúcia Caetano de Araújo. 7a ed. Rio de Janeiro: Koogan; 2014.
8. Barracho SM, Figueiredo EMD, Silva LBD, Cagussu ICAG, Pinto DN, Souza ELBLD, et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*. 2009;9(4): 409-14.
9. Li GY, Ciu WS, Zhou F, Gao ZZ, Xing H, Liu T, et al. Pathology of urethral fibromuscular system related to parturition-induced stress urinary incontinence and TGF- β 1/Smad pathway. *Molecular and cellular biochemistry*. 2012;364(1-2): 329-35.

LEISHMANIOSE: PREVALÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA EM MINAS GERAIS

Henrique Nunes Pereira Oliva¹; Gabriel Ribeiro Couto Filho²; Rodrigo Fernando Torres Melo Sotero²; André Zuba Silveira²; Larissa Danielle Reis Rocha²; Leandro Rodrigues Ramos Rocha²

¹ Mestre e Professor das Faculdades Integradas Pitágoras

² Acadêmicos de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Autor para correspondência:
Henrique Nunes Pereira Oliva
E-mail: hnpo@hotmail.com
Telefone: (38) 99965-7128

RESUMO

Introdução: As leishmanioses são doenças provocadas pela infecção e parasitismo de protozoários do gênero *Leishmania* que tipicamente acometem o homem⁽¹⁾. No Brasil, a doença acomete indivíduos de todas as faixas etárias, sendo a maior parte dos doentes crianças e adultos jovens⁽²⁾. O controle da afecção tem sido dificultado devido ao processo de urbanização e alterações dos ambientes naturais, o que tem aumentado os esforços dos serviços de epidemiologia em conter as infecções e majorado os gastos públicos com tratamentos⁽³⁾. **Objetivo:** Descrever a prevalência e a evolução da leishmaniose no Estado de Minas Gerais, no período de 2008 a 2016. **Metodologia:** O presente estudo teve como delimitação territorial e temporal o estado de Minas Gerais e o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2016, respectivamente. Trata-se de uma análise descritiva, retrospectiva, transversal e abordagem quantitativa dos dados. A fonte de coleta foi o *Sistema de Informação Hospitalar* do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o único de abrangência nacional e que tem origem nas *Autorizações de Internação Hospitalar* (AIH). As ocorrências de leishmanioses foram pesquisadas conforme a Lista de Tabulação CID-BR da CID-10, versão considerada a mais apropriada para a realidade brasileira⁽⁴⁾, a qual foi adaptada para uso neste trabalho em três grupos, a saber: a) Leishmaniose visceral; b) Leishmaniose cutânea; c) Leishmaniose cutâneo-mucosa. Foram estudadas todas as internações decorrentes de processo infeccioso por *Leishmanias* registrados por local de internação no referido período e estado. Os dados foram registrados e analisados a partir de estatística descritiva, utilizando o programa *Microsoft Excel 2007*. O estudo não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa devido à característica secundária dos dados. **Resultados/Discussão:** Foram encontradas 3.624 internações hospitalares por leishmanioses no período de análise, com número absoluto decrescente entre 2008 e 2015 e absoluto crescente entre 2015 e 2016. A prevalência anual média de internações foi de 2,18/100.000 habitantes, com pico máximo em 2009 (2,52/100.000 hab.) e mínimo em 2012 (1,55/100.000 hab). A leishmaniose visceral representou 78,9% das internações, acometendo principalmente jovens de 0 a 19 anos (53,8%), mulheres (60,2%) e brancos/pardos (91,7%). A leishmaniose cutânea foi responsável por 16,8%

do total de casos, acometendo principalmente indivíduos com mais de 60 anos (39,5%), do sexo masculino (65,8%) e brancos/pardos (93,7%). A leishmaniose cutâneo-mucosa acometeu principalmente mulheres (69,8%), brancos/pardos (93,2%) e idosos (50,5%). **Conclusão:** Percebem-se, com a descrição da prevalência e da epidemiologia das leishmanioses, que as crianças e os idosos são os indivíduos mais vulneráveis à infecção. Também pode ser evidenciado que se trata de doença perigosa, uma vez que acomete pessoas mais vulneráveis, sendo necessário, portanto, medidas mais eficazes para a prevenção e controle.

Referências

- 1- Saravia NGL Valderrama M, Labrada AF, Holguín C, Navas G, Palma A, Weigle KA. The relationship of *Leishmania braziliensis* subspecies and immune response to disease expression in New World leishmaniasis. *Journal of Infectious Diseases* 159:725-735, 1989.
- 2- Silva ES, Gontijo CMF, Pacheco RS, Fiuza VOP, Brazil RP. Visceral Leishmaniasis in the Metropolitan Region of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2001; 3: 285-91.
- 3- Borges BKA, Silva JA, Haddad JPA, Moreira EC, Magalhães DF, Ribeiro LMP, et al. Avaliação do nível de conhecimento e de atitudes preventivas da população sobre a leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*:2008; 24(4):777-784.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade CID 10-lista de tabulação CID_BR. Disponível em: [http:// tabnet.datasus. gov.br/cgi/sim/obtcid10br.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtcid10br.htm) [2017 abr 20].

MIGRÂNEA: UMA ANÁLISE DA INTERFERÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Hannah Barbosa Lopes dos Anjos¹; Karoline Kalinca Rabelo Santana¹; Daniel Francisco Siqueira Andrade¹; Renata Furletti Nunes Barros Rego¹; Thiago Rodrigues Camara¹; Agamenon Monteiro Lima².

¹Discente do curso de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE-ICS).

²Médico Neurologista, Mestre em Cuidados Primários em Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros – (Unimontes).

Autor para correspondência:
Hannah Barbosa Lopes dos Anjos
Email: Hannah_barbosa@hotmail.com
Telefone: (38) 99916-0202

RESUMO

Introdução: As cefaleias primárias são aquelas que não apresentam etiologia demonstrável pelos exames clínicos ou laboratoriais habituais e têm como principais exemplos a migrânea, sinônimo de enxaqueca, e a cefaleia do tipo tensional, episódica ou crônica^(1,7). A migrânea é uma doença neurológica crônica cuja prevalência na população geral é estimada em 15%, que provoca grande impacto socioeconômico e piora da qualidade de vida⁽⁴⁾. A enxaqueca acomete mais mulheres do que homens em uma proporção de 5:2, pode iniciar na infância ou na adolescência e acompanha o paciente por toda vida^(1,2,3,7). A fisiopatologia dessa cefaléia ainda não foi completamente elucidada, mas é comprovado que 60% a 80% dos casos de enxaqueca são de natureza genética⁽⁷⁾. A migrânea sem aura é caracterizada por dor geralmente unilateral, pulsátil, de intensidade moderada a intensa, agravada por atividades da rotina diária, associada com náusea e/ou vômito e/ou fotofobia e fonofobia, podendo durar de 4 a 72 horas⁽¹⁾. É uma condição limitante que interfere na qualidade de vida e na produtividade, além de comprometer o relacionamento social e afetivo^(1,5,6,7). **Objetivo:** Destacar a prevalência da migrânea como uma das principais queixas na Atenção Primária da Saúde (APS). Demonstrar a importância dessa condição clínica como limitante das atividades de vida diárias, prejudicando o rendimento escolar e ou profissional dos pacientes. **Métodos:** Este é um estudo de revisão sistemática descritiva de busca bibliográfica realizada no período de março a abril de 2017, com produções científicas indexadas nas seguintes bases eletrônicas de dados: MEDLINE, SCIELO, LILACS, publicados entre 2010 e 2017, que enfocam a cefaleia primária, enxaqueca, como uma das principais limitações da vida diária. **Resultados/Discussão:** Observou-se, no Brasil, que a migrânea sem aura é o diagnóstico mais comum em pacientes que se apresentam aos médicos da APS com dor de cabeça, com prevalência de 45% (IC 95%), sendo a dor considerada moderada /intensa em 97,% dos casos e acompanhada de fotofobia, náusea e fonofobia em 79%, 73% e 67%, respectivamente⁽¹⁾. Em outro estudo

realizado com 152 adolescentes, a cefaleia foi considerada um fator de interferência nas AVD por 84,9% (IC 95%), sendo que, destas, 46,0% (n=70) relataram que a dor interferia significativamente ou eram incapazes de desempenhar as AVDs⁽³⁾. Outros dois estudos, com 1261 pacientes enxaquecosos, e 47 pacientes, respectivamente, que avaliam as limitações das AVDs incluíram ansiedade/depressão (29,86%) (IC 95%), perturbações do sono (26,6%), concentração diminuída durante as aulas (24,8%), interferência no relacionamento com os amigos/colegas (16,6%), interferência nas atividades laborais (37,4%)^(3,5). A procura de cuidados médicos associou-se à intensidade da dor e à presença de sintomas adicionais⁽¹⁾. **Conclusão:** A migrânea é uma afecção de elevada prevalência, com incidência maior em mulheres entre a terceira e a quinta década de vida. É importante sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de fomentar pesquisas dessa temática e de oferecer tratamento adequado a fim de proporcionar uma qualidade de vida aos pacientes, minimizando os transtornos.

Referências:

- 1- Bajwa ZH, Wootton RJ. Evaluation of headache in adults: “Avaliação da dor de cabeça em adultos”. In: UpToDate [periódico online] 2016 [citado 2017 Abr 10]. Disponível em URL: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-headache-in-adults>.
- 2- Garza I, Schwedt T J. Overview of chronic daily headache: “Visão geral da cefaléia diária crônica”. In: Up ToDate [periódico online] 2017 [citado 2017 Mar 18]. Disponível em URL: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-chronic-daily-headache>.
- 3- Lima AS, Araújo RC, Gomes MRA, Almeida LR, Souza GFF, Cunha SB et al. Prevalência de cefaleia e sua interferência nas atividades de vida diária em adolescentes escolares do sexo feminino. Rev Paul Pediatr [periódico online] 2014 [citado 2017 Abr 09]: 32(2):256-61. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000200256.
- 4- Martins LN, Oliveira OWB, Dutra LQ, Rezende AQM, Dantas EF, Pereira ABCNG. Migrânea com Aura, Qualidade de Vida e Tratamento: um relato de caso. Rev. de Saúde [periódico online] 2010 [citado 2017 Abr 14]:1(1):15-24. Disponível em URL: <http://www.uss.br/pages/revistas/revistasauade/pdf/3-Migrnea.pdf>.
- 5- Oliveira ALM, Pelógia NCC. **Cefaleia como principal causa de automedicação entre os profissionais da saúde não prescritores.** Rev Dor [periódico online] 2011 [citado 2017 Abr 10]: 12(2):99-103. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132011000200004&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 6- Saueressig IB, Xavier MKA, Oliveira VMA, Pitangui ACR, De Araújo RC. Cefaleias primárias em adolescentes e sua associação com o uso excessivo de computador. Rev Dor [periódico online] 2015 [citado 2017 Abr 10]: 6 (4):244-8. Disponível em URL:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-0132015000400244&script=sci_arttext&tlng=pt.

7- Speciali JG, Fleming NRP, Fortini I. Cefaleias primárias: dores disfuncionais. Rev Dor [periódico online] 2016 [citado 2017 Mar 09]: 17(Suppl1): S72-4. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000500072.

MORTALIDADE POR DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO EM MINAS GERAIS, ANÁLISE DE 2008 A 2016

Henrique Nunes Pereira Oliva¹; Gabriel Ribeiro Couto Filho²; Larissa Danielle Reis Rocha²; Leandro Rodrigues Ramos Rocha²; Ytzac Ernandes Fernandes Carneiro²; Karina Cardoso Teixeira²

¹ Professor Mestre das Faculdades Integradas Pitágoras

² Acadêmicos de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras

Autor para correspondência:
Henrique Nunes Pereira Oliva
E-mail: hnpo@hotmail.com
Telefone: (38) 99965-7128

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte entre mulheres e homens brasileiros, representando cerca de 20% do total de falecimentos em pessoas com mais de 30 anos no país⁽¹⁾. Dentre elas, as doenças isquêmicas do coração (DIC), que ocorrem quando o suprimento de oxigênio ao músculo cardíaco é insuficiente, destacam-se por sua grande vastidão e pela alta letalidade com que se apresentam, principalmente o Infarto Agudo do Miocárdio⁽²⁾. O estudo dessas doenças se torna necessário, uma vez que interferem diretamente na qualidade de vida do paciente e majoram significativamente os gastos públicos com internações e medicamentos. **Objetivos:** Descrever a mortalidade por doença isquêmica do coração no estado de Minas Gerais no período de 2008 a 2016. **Metodologia:** Trata-se de uma análise descritiva, com delineamento retrospectivo e transversal na coleta de dados e abordagem quantitativa destes. A fonte de dados foi o *Sistema de Informação Hospitalar* do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponível no DATASUS/Ministério da Saúde. Os óbitos foram investigados conforme a Lista de Tabulação CID-BR da CID-10, versão considerada a mais apropriada para a realidade brasileira⁽³⁾. Para análise, foi utilizado o número de óbitos e a taxa de mortalidade específica (TME) calculada a cada 100.000 habitantes das seguintes variáveis: faixa etária, sexo e ano. O presente estudo não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em virtude da característica secundária dos dados que impossibilita qualquer forma de identificação dos sujeitos envolvidos e não utiliza material biológico decorrente destes, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados/Discussão:** O total de mortes por DIC no período foi 14.261, sendo que o sexo masculino foi responsável por 56,4% dos falecimentos. A TME média foi 7,83/100.000 hab. No período analisado, houve uma disposição crescente da TME, iniciando em 2008 com 7,72/100.000 hab., chegando a 7,93/100.000 em 2016, representando um aumento de 2,7%. Com relação à faixa etária, a TME aumentou progressivamente com a idade, iniciando com 17,17/100.000 hab. em menores de 30 anos, alcançando os seguintes valores em pessoas mais velhas: 28,65/100.000 hab. (30 a

49 anos); 35,20/100.000 hab. (50 a 59 anos); 49,68/100.000 hab. (60 a 69 anos) e, em pessoas com 70 ou mais, 130,34/100.000 hab. **Conclusão:** A descrição da mortalidade por DIC no estado de Minas Gerais evidenciou que estas doenças constituem um grande problema de saúde pública, principalmente por terem apresentado uma taxa crescente no período analisado. Faz-se necessário a implantação de ações de prevenção mais efetivas que estimulem o controle dos fatores de risco e permitam o acesso da população aos serviços de saúde.

Referências

- 1- Mansur, AP; Favarato, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. Arq Bras Cardiol 2012;99(2):755-761.
- 2- Laurenti, R; Buchala, CM; Caratin, CVS. Doença Isquêmica do Coração. Internações, Tempo de Permanência e Gastos. Brasil, 1993 a 1997. Arq Bras Cardiol 2000;74(6):483-487.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade CID 10-lista de tabulação CID_BR. Disponível em: [http:// tabnet.datasus. gov.br/cgi/sim/obtcid10br.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtcid10br.htm) [2017 abr 13].

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CÂNCER DE ESÔFAGO NO BRASIL

Virna Oliveira Rabelo¹; Marcella Oliveira Rabelo²; Fernando Ribeiro Amaral²; Thalita Emily Cezário Prates²; Daniel Filipe Oliveira Rabelo³; Priscila Bernardina Miranda Soares⁴

¹Acadêmica do Curso de Medicina - Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE).

²Acadêmicos do Curso de Medicina - Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

³Médico; graduado em Medicina pelas Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE.

⁴Graduada em Medicina pela Unimontes; Residência em Oncologia Clínica pela Santa Casa de Belo Horizonte; Título de Especialista em Oncologia Clínica pela Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC); Pós-Graduada em Cuidados Paliativos pela Harvard University; Mestre em Ciências da Saúde pela Unimontes; Fundadora e Presidente da Associação Presente de Apoio a Pacientes com Câncer - Padre Tiãozinho.

Autor para correspondência:

Virna Oliveira Rabelo

E-mail: virnarabelo@gmail.com

Telefone: (38) 99864-1999

RESUMO

Introdução: O câncer de esôfago está entre os tipos de cânceres mais prevalentes no Brasil, segundo a estimativa do INCA nos últimos anos, e apresenta elevada letalidade. É o sexto mais freqüente entre os homens e o décimo terceiro entre as mulheres, excetuando câncer de pele não melanoma.⁽¹⁾ Sabendo da grande relevância dos fatores externos nesse tipo de câncer, essa revisão busca o perfil epidemiológico dos pacientes que sofrem com essa doença. A priori, foi realizada uma busca na literatura e confirmou-se uma incidência maior desse câncer em certos grupos. Por exemplo, homens tabagistas, etilistas e consumidores de mate, motivo pelo qual a região Sul do Brasil tem uma prevalência maior de pacientes com câncer de Esôfago.⁽²⁾ **Objetivo:** Analisar a relação socioambiental com a incidência de câncer de esôfago no Brasil. **Material e Métodos:** foram buscados dados relativos à epidemiologia do câncer de esôfago nas bases de dados Scielo, periódicos da CAPES e no site do Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Resultados e Discussão:** Na mortalidade e incidência do câncer de esôfago tem sido constatadas importantes variações geográficas, mesmo entre regiões de um mesmo país, como vem sendo percebido no Brasil. Isso sugere fatores ambientais envolvidos na etiologia dessa doença como, por exemplo, álcool, tabaco e mate. Assim, uma hipótese da região Sul do Brasil apresentar maiores índices de câncer de esôfago se deve ao calor das bebidas quentes feitas de mate que podem ocasionar alterações na mucosa do esôfago (esofagite), predispondo à ação de substâncias carcinogênicas.⁽²⁾

Outras características da epidemiologia desse câncer, é o pico após os 50 anos (sendo raro antes dos 30 anos), em negros e em condições socioeconômicas mais baixas. O álcool e o fumo, já citados como fatores de risco, atuam de modo sinérgico, sendo que o fumo isoladamente aumenta o risco em até quatro vezes e as bebidas com maior teor alcoólico são mais cancerígenas, tanto pelas quantidades significativas de carcinógenos mutagênicos como pelas deficiências nutricionais associadas ao alcoolismo. Ademais, vegetais em conservas (compostos nitrosos), agentes infecciosos (vírus papiloma humano), fatores sócio-econômicos (má-nutrição), espru celíaco, síndromes de Plummer-Vinson ou de Paterson-Kelly, as deficiências de riboflavina, vitaminas A, C e E, zinco e molibdênio também são fatores de risco para o câncer de esôfago.⁽³⁾ Outra questão epidemiológica importante é que o tipo histológico epidermoide (ou escamoso) é o mais prevalente (96% dos casos, segundo o INCA), sendo o mais relacionado a maioria desses fatores de risco ambientais; o tipo adenocarcinoma está mais relacionado a refluxo gástrico crônico e metaplasia de Barret. **Conclusão:** Sabendo que o câncer de esôfago é uma enfermidade inicialmente pouco sintomática e com diagnóstico estabelecido em fases avançadas na maioria dos casos, a elevada taxa de mortalidade e prognóstico pouco favorável pode ser modificado através de um diagnóstico mais precoce da doença.⁽⁴⁾ Através da análise do perfil epidemiológico do câncer de esôfago no Brasil, objetivo desse estudo, é possível investigar com mais cuidado pacientes com os fatores de risco evidenciados na discussão e, assim, promover um diagnóstico precoce e uma maior possibilidade de cura aos pacientes.

Referências:

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência do Câncer no Brasil [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>
2. Dietz J., Pardo SH, Furtado CD, Harzheim E, Furtado AD. Fatores de risco relacionados ao câncer de esôfago no Rio Grande do Sul. Rev. Assoc. Med. Bras. 1998 Dec;44(4): 269-272.
3. Queiroga RC, Pernambuco AP. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Rev Bras Cancerol. 2005 Nov;52(2):173-8.
4. Prisco ELG, Pinto CE, Barros AV, Reis JMS, Almeida HIB, Mello ELR. Esofagectomia trans-hiatal versus transtorácica: experiência do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Rev. Col. Bras. Cir. 2010 June;37(3): 167-174.

RESISTÊNCIA À PENICILINA PELO *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* NO TRATAMENTO DA PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

Felipe Carvalho Silva da Luz¹; Ana Luiza Silva Costa¹; Matheus Henrique de Oliveira Silva¹; Alexandre Antonio Oliveira Aguiar².

¹Acadêmicos de Medicina das Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE;

²Graduado em Medicina pelas Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE.

Autor para correspondência:

Felipe Carvalho Silva da Luz

E-mail: felipe.carvalho94@hotmail.com

Telefone: (38) 99146-7531

RESUMO

Introdução: A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) caracteriza-se como a doença infecciosa aguda de maior impacto médico-social quanto à morbimortalidade e a custos relacionados ao tratamento. O *Streptococcus pneumoniae* prevalece como principal patógeno e o surgimento de cepas resistentes à penicilina, decorrente de mutações cromossômicas, têm repercutido amplamente no uso clínico da droga⁽¹⁾.

Objetivo: O presente artigo destina-se a esclarecer, principalmente, a implicação da resistência à penicilina no tratamento da PAC, tendo em vista a relevância desta no atual cenário brasileiro. **Material e Métodos:** O estudo constitui-se de um resumo no qual houve consulta a artigos científicos selecionados através de busca no SciELO e Medline, utilizando os descritores: Resistência do “*Streptococcus pneumoniae* à penicilina” e “farmacorresistência bacteriana”. O critério de inclusão para o estudo foi a abordagem terapêutica do tema, foram excluídos aqueles restritos à clínica da doença.

Resultados e Discussão: Pneumonias são doenças inflamatórias agudas de causa infecciosa que acometem os espaços aéreos e são causadas por vírus, bactérias ou fungos. Um dos maiores desafios na abordagem das pneumonias é a identificação de um agente etiológico⁽³⁾. A maioria dos estudos não consegue obter a etiologia em 40 a 60% dos casos. Apesar das dificuldades e diferentes metodologias usadas, os agentes encontrados com maior frequência são os vírus, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* e *Mycoplasma pneumoniae*. Entre os vírus, os mais comuns são: vírus respiratório sincicial (VRS), Influenza A e B, Parainfluenza 1, 2 e 3 e Adenovírus⁽¹⁾. Dentre esses, destaca-se o pneumococo, o qual pode ser detectado em cerca de 50% a 60% das PAC. Considerando-se a importância do pneumococo, estudos clínicos e bacteriológicos reforçam a indicação de antibióticos beta-lactâmicos, como penicilina e seus derivados, como medicamentos de primeira linha para o tratamento das PAC a nível ambulatorial (amoxicilina) e hospitalar (penicilina cristalina). Nos últimos anos, ocorreu uma ampla disseminação de cepas resistentes, que têm demonstrado, paralelamente ao aumento gradativo do nível de resistência à penicilina, um aumento da resistência a outros beta-lactâmicos e demais antimicrobianos. Esta tendência de aumento da resistência é mais evidente em uma

investigação abrangente, conduzida como parte do programa nacional de vigilância epidemiológica, com um total de 6.470 amostras coletadas de infecções invasivas durante o período 1993-2004⁽²⁾. A proporção de resistência plena e intermediária era de 1,1% e 9,1%, respectivamente, em 1993, atingindo 5,9% e 22,0% no ano de 2004. **Conclusão:** A redução na sensibilidade do pneumococo aos antimicrobianos, que permanece como o principal agente de pneumonias em adultos não hospitalizados, levou a uma revisão da antibioticoterapia, tanto na infecção com etiologia conhecida, como no tratamento empírico para a pneumonia adquirida na comunidade. Considerando-se esse perfil de resistência, é necessário um acompanhamento dos pacientes, para que a terapêutica seja trocada, caso a inicial não alcance a melhora do quadro clínico, possibilitando, dessa forma, maior sucesso no tratamento e minimizando possíveis falhas geradas em decorrência de pneumococos resistentes.

Referências

1. Amorim CA, Lundgren FLC, Pereira-Silva JL, Silva RLF, Cardoso AP, Lemos ACM, et al. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes – 2009. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Brasília; 2009. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2009_35_6_11_portugues.pdf>. Acesso em 23/04/2017.
2. Dias C. Resistência do pneumococo aos antimicrobianos no Brasil. *Rev Prática Hospitalar*. São Paulo; 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/microbiologia/images/resist__pneumo>. Acesso em: 23/04/2017.
3. Mantese OC. Pneumococo resistente à penicilina: implicações práticas. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro; 1999. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/99-75-S74/port.pdf>>. Acesso em: 23/04/2017.
4. Martinez R. Resistência do pneumococo à penicilina e aos macrolídeos: implicações no tratamento das infecções respiratórias. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Brasília; 2005. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=1441>. Acesso em: 23/04/2017.

REVISÃO DE LITERATURA ACERCA DO RASTREAMENTO PARA DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE PULMÃO

Virna Oliveira Rabelo¹; Marcella Oliveira Rabelo²; Fernando Ribeiro Amaral²; Thalita Emily Cezário Prates²; Daniel Filipe Oliveira Rabelo³; Priscila Bernardina Miranda Soares⁴

¹Acadêmica do Curso de Medicina - Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE).

²Acadêmicos do Curso de Medicina - Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

³Médico; graduado em Medicina pelas Faculdades Integradas do Norte de Minas – FUNORTE.

⁴Graduada em Medicina pela Unimontes; Residência em Oncologia Clínica pela Santa Casa de Belo Horizonte; Título de Especialista em Oncologia Clínica pela Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC); Pós-Graduada em Cuidados Paliativos pela Harvard University; Mestre em Ciências da Saúde pela Unimontes; Fundadora e Presidente da Associação Presente de Apoio a Pacientes com Câncer - Padre Tiãozinho.

Autor para correspondência:

Virna Oliveira Rabelo

E-mail: virnarabelo@gmail.com

Telefone: (38) 99864-1999

RESUMO

Introdução: O câncer de pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando aumento de 2% por ano na sua incidência mundial. No Brasil, segundo a estimativa do INCA para novos casos em 2016, 28.220 serão as pessoas acometidas, sendo 17.330 homens e 10.890 mulheres. É um câncer extremamente letal, tendo causado, em 2013, 24.490 mortes no Brasil, sendo 14.811 homens e 9.675 mulheres.⁽¹⁾ Considerando que mais de 50% dos pacientes têm metástases à distância e somente 20 a 25% são potencialmente ressecáveis no momento do diagnóstico, com perspectiva de sobrevida em cinco anos de apenas 14%, o rastreamento pode causar grande impacto na redução da mortalidade por este tipo de câncer.⁽²⁾ Nesse sentido, esta revisão pretende discutir a indicação de rastreamento para câncer de pulmão através de Tomografia Computadorizada em baixa dose para grupos de risco. **Objetivo:** Avaliar os novos estudos sobre o rastreamento de câncer de Pulmão que visam o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade por este tipo de câncer. **Material e Métodos:** Foram buscados artigos nas bases de dados Scielo (através dos descritores “Rastreamento AND Pulmão”), Portal Saúde Baseada em Evidências do MS e CAPES (através do descritor “Screening for lung cancer”) e no site do Instituto Nacional de Câncer-INCA. Foram selecionados sete estudos pertinentes ao tema proposto por esta revisão. **Resultados e Discussão:** Há alguns anos, já se utilizava Radiografia de Tórax, com ou sem citologia do escarro, para rastreamento de câncer de pulmão em indivíduos com fatores de risco.

No entanto, estudos mais atuais vêm mostrando que a Tomografia Computadorizada Helicoidal de baixa dose identifica maior número de casos de carcinoma brônquico com maior probabilidade de diagnóstico precoce. A tomografia é capaz de identificar nódulos pulmonares com diâmetro $\leq 15\text{mm}$ (correspondente ao estágio IA), usualmente inacessíveis ao exame radiográfico convencional.⁽²⁾ Um grande ensaio de alta qualidade mostrou reduções estatisticamente significativas de 20% na mortalidade por câncer de pulmão durante um seguimento de 6,5 anos, para Tomografia Computadorizada de Baixa Dosagem em comparação com Rx⁽³⁾. No entanto, esse rastreamento não é proposto para população em geral, mas para pessoas que possuam os seguintes critérios/fatores de risco: fumantes ou ex-fumantes há menos de 15 anos, entre 55 e 74 anos, com carga tabágica maior ou igual a 30 maços/ano.⁽⁴⁾ Esses critérios são corroborados pelo fato de que o tabagismo é o mais importante fator predisponente ao câncer de pulmão. O risco relativo para carcinoma de pulmão em fumantes é de 20 a 30 vezes maior do que em pessoas que nunca fumaram. Estima-se que 80% a 90% dos cânceres de pulmão ocorram em fumantes. Ademais, a faixa etária mais acometida está entre os 50 e 80 anos.⁽⁵⁾ Esse rastreio deve ser feito anualmente, e deve ser interrompido uma vez que uma pessoa não fumou durante 15 anos ou desenvolve um problema de saúde que limita substancialmente a esperança de vida ou a capacidade ou vontade de ter cirurgia de pulmão curativa.⁽⁶⁾ **Conclusão:** Sabendo que o câncer de pulmão tem diagnóstico estabelecido em fases avançadas na maioria dos casos, a elevada taxa de mortalidade e prognóstico pouco favorável pode ser modificado através de um diagnóstico mais precoce da doença. Sendo assim, a implementação do rastreamento tomográfico de pacientes de risco poderá permitir o diagnóstico mais precoce do câncer de pulmão.⁽⁷⁾

Referências:

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência do Câncer no Brasil [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>
2. Andrade TMLES, Barbosa SR, Silva JLP. Protocolos de rastreamento para o diagnóstico precoce do câncer de pulmão: passado, presente e futuro. J. Bras. Pneumol. 2002 Sep;28(5):294-301.
3. Usman AM, Miller J, Peirson L, Lewis DF, Kenny M, Sherifali D, Raina P. Screening for lung cancer: A systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2016 Aug;89:301-14.
4. Santos RS, Franceschini J, Kay FU, Chate RC, Costa Júnior AS, Oliveira FNG et al. Low-dose CT screening for lung cancer in Brazil: a study protocol. J. Bras. Pneumol. 2014 Apr;40(2):196-199.
5. Barros JA, Valladares G, Faria AR, Fugita EM, Ruiz AP, Vianna AGD et al. Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. J. Bras. Pneumol. 2006 June; 32(3):221-227.
6. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for lung cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2014 March;160:330-338.

7. Trufelli DC, Moraes TV, Lima AAPR, Giglio AD. Epidemiological profile and prognostic factors in patients with lung cancer. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2016 Aug; 62(5): 428-433.

SÍNDROME DE CHILAITITI

Fernanda Cerqueira Moraes Bezerra¹; Rayssa Caroline Ramos Lopes¹; Thatiana Pereira Silva²; Henrique Abreu Megali²; Maria Eliza Romero²; Olber Moreira de Faria³

¹Graduando em Medicina / Faculdades Unidas do Norte de Minas-ICS

²Graduandos em Medicina / Universidade de Itaúna

³Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais, professor do curso de Medicina/Universidade de Itaúna

Autor para correspondência:
Fernanda Cerqueira Moraes Bezerra
E-mail: Fernandacmb@icloud.com
Telefone: (38) 99141-1472

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Chilaiditi foi descrita primeiramente em 1865 por Cantini, porém apenas em 1910 foi caracterizada como diagnóstico radiológico por Demetrius Chilaiditi^(2,3). Manifesta-se por interposição temporária ou permanente do cólon, intestino delgado ou estômago no recesso hepatodiafragmático, causando sintomas⁽¹⁾ como: dor abdominal, náuseas, dor retroesternal, sintomas respiratórios, vômitos, distensão abdominal, suboclusão intestinal⁽³⁾ ou volvo intestinal⁽¹⁾. Quando isolada e assintomática, denomina-se Sinal de Chilaiditi. Entidade clínica rara cursa como achado ocasional em exames radiológicos de rotina, cuja incidência é de 0,025%⁽¹⁾ em qualquer faixa etária. **Objetivo:** O presente relato apresenta um novo caso da Síndrome de chilaiditi associada a interposição de colón transverso no espaço hepatodiafragmático, tratado de maneira conservadora. **Relato:** Paciente sexo masculino, 66 anos, a cerca de 6 meses relata episódios de dor epigástrica e em hipocôndrio direito com irradiação torácica, às vezes para ombro direito e desencadeada por determinados movimentos, principalmente ao levantar-se da cadeira. Dor de forte intensidade, de duração variável e com remissão espontânea. Procurou assistência médica há uma semana, tendo sido realizado hemograma, radiografia de tórax e ultrassonografia abdominal, todos estes sem alterações. No dia , foi admitido no Hospital Manoel Gonçalves, com episódios de dor toracoabdominal à direita, forte intensidade, poucas horas de evolução, sem febre, vômitos ou tosse. Ao exame físico, apresentava-se hidratado, anicxterico, com fácies de dor, normotenso. Sons respiratórios normais, porem leve taquipneia. Presença de peristaltismo fisiológico, dor à palpação no epigástrico e hipocôndrio direito, com defesa voluntária. Foi realizado um novo hemograma, com amilase dentro dos valores de referência, apresentando-se novamente sem alterações. Porém, a radiografia de abdome demonstrou distensão de alça colônica em abdome superior. O paciente foi submetido a tomografia de tórax que apontou interposição de alça de cólon entre o diafragma e o fígado. **Discussão:** As causas da síndrome de Chilaiditi ainda são desconhecidas, mas provavelmente multifatoriais, envolvendo alterações nas relações anatômicas entre fígado, cólon e diafragma⁽³⁾. Alguns estudos apontam que em indivíduos sadios, a

Síndrome de Chilaiditi é atribuída ao aumento no comprimento, diâmetro e mobilidade do cólon ⁽⁵⁾. O quadro clínico sintomático caracteriza-se por dores abdominais, torácicas, náuseas, vômitos, distensão abdominal ou obstrução intestinal e sintomas respiratórios, confundindo-se com pneumotórax, hérnias diafragmáticas, abscessos subfrênicos e pneumoperitônio ⁽¹⁾. Entidade como pneumoperitônio e hérnia diafragmática tem uma expressão radiográfica parecida que pode nos levar ao erro caso não tenha o conhecimento da síndrome ⁽⁶⁾. Neste relato, para diagnóstico diferencial, solicitou-se radiografia e tomografia computadorizada de tórax/abdome evidenciando-se interposição de cólon transverso no recesso hepatodiafragmático. O tratamento é clínico e conservador, devido remissão espontânea dos casos ^(1,3). Intervenção cirúrgica é indicada quando sintomas não são tratáveis ou há complicações. **Conclusão:** A importância da Síndrome de Chilaiditi está no seu diagnóstico diferencial, principalmente na semelhança com patologias torácicas, evitando-se erros diagnósticos e consequentes procedimentos invasivos e desnecessários.

Referências:

- 1- Almeida MWR, Costa TV, Hellwig B, Oliveira FS. Síndrome de Chilaiditi. Revista da AMRIGS, Porto alegre, 53 (1): 75-77, jan. -mar.2009.
- 2- Esperto H, Ruivo C, Ferreira E. Chilaiditi's Sign. Acta Médica Portuguesa, v. 26, n. 1, p. 71, 2013.
- 3- Nagem RG, Freitas H, Leite. Síndrome de Chilaiditi: relato de caso. Radiologia Brasileira, v. 44, n. 5, 2011.
- 4- Pérez CA, Benedico EC, Martínez DS. El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. Medifam, v. 13, p. 41-44, 2003.
- 5- Prassopoulos PK, Raissaki MT, Gourtsoyiannis NC. Hepatodiaphragmatic interposition of the colon in the upright and supine position. JComput Assist Tomogr. 1996; 20:151-3.
- 6- Díaz MJGil, Gómez M Murillo, González P Jiménez. Signo y síndrome de Chilaiditi: entidades a tener en cuenta. SEMERGEN-Medicina de Familia, v. 37, n. 5, p. 267-269, 2011.

SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN: UM ARTIGO DE REVISÃO

Bruna Araújo Sá¹; Felipe Tolentino Figueiredo Guimarães Santos¹; Gabriel Costa Lima¹; Gilmar Mameluque e Silva¹; Vinícius Flávio Almeida Oliveira¹; Agamenon Monteiro Lima².

¹ Discente do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras (Fip-Moc)

² Médico Neurologista, Mestre em Cuidados Primários em Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), especializado em Medicina do Sono pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Autor para correspondência:

Bruna Araújo Sá

E-mail: bruna.araujo221096@gmail.com

Telefone: (38) 99986-8192

RESUMO

Introdução: A síndrome de Kleine-Levin é um distúrbio neuropsiquiátrico caracterizado por uma trilogia clássica (hipersônia, diurna e noturna, hiperfagia e hipersexualidade); pelo quadro sintomatológico de início e desaparecimento súbito; e pela sua condição incapacitante, em que os pacientes possuem uma dificuldade para realizar tarefas intelectuais e na vida profissional e social, não havendo consciência durante a crise⁽¹⁾. Tem início mais comumente na segunda década de vida dos pacientes e se faz mais presente em indivíduos do sexo masculino⁽²⁾. São propostas várias hipóteses acerca da etiologia da doença, ainda pouco conhecida^(3,4,5). São poucos os estudos de uma população base com a síndrome, sendo considerada uma doença excepcionalmente rara⁽⁵⁾. **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo explorar, com embasamento em artigos, a síndrome, com o intuito de conceder conhecimento à sociedade sobre a mesma, de uma forma simples e sintética. **Material e Métodos:** O trabalho trata-se de um estudo secundário qualitativo e descritivo realizado através de pesquisa bibliográfica. Para elaboração do material exposto, foi realizada uma pesquisa na base de dados: Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde, Elsevier e PubMed. Foram consultados portais eletrônicos da Organização Mundial da Saúde, e periódicos nacionais e internacionais. Foi analisada uma amostra de 6 estudos nas bases de dados mencionadas, e todos os artigos foram selecionados para a elaboração do produto final do estudo. **Resultados e Discussão:** Foram descritos apenas 500 casos por todo o mundo até o ano de 2000⁽²⁾. Tem caráter paroxístico com curso "autolimitado" quanto ao tempo de evolução, havendo resolução espontânea, com ou sem tratamento⁽⁶⁾. Além da trilogia clássica, outros sintomas neuropsíquicos também podem ser observados⁽¹⁾. Os diagnósticos diferenciais mais relevantes são acometimentos sistêmicos sindrômicos^(4,6). Das hipóteses fisiopatológicas publicadas, a mais aceita é a que postula uma disfunção majoritariamente hipotalâmica como principal fator da síndrome, interferindo na regulação do sono e vigília, além de anormalidades no ritmo do cortisol^(3,4). O quadro clínico associado aos exames laboratoriais e de imagem podem

auxiliar no diagnóstico, e, sendo síndrome um quadro incapacitante, o diagnóstico precoce é essencial na redução da ansiedade do paciente e da família⁽³⁾. O tratamento envolve estimulantes anfetamínicos, antidepressivos, estabilizadores de humor e antipsicóticos^(1,6). Ainda não há um tratamento definitivo para a síndrome, portanto é necessário o apoio da família, emocional e educacional⁽³⁾. **Conclusão:** É uma síndrome rara, que acomete adolescentes do sexo masculino, que apresentam uma tríade principal: hiperfagia, hipersonia e hipersexualidade. Porém, há ainda outros sintomas como depressão, agressividade, irritabilidade, amnésia parcial ou completa, letargia e tentativas de suicídio⁽¹⁾. A etiologia é pouco conhecida e tem várias hipóteses, como já apresentado nesse artigo. A síndrome deve ser diferenciada das seguintes perturbações médicas e psiquiátricas: síndrome da fadiga muscular, fibromialgia, obesidade, anemia, esclerose múltipla, bulimia nervosa, distúrbios de ansiedade, histeria e depressão^(1,4,6). Como é uma síndrome que tende à remissão, o tratamento, que ainda não possui um padrão definido, deve ser acompanhado do apoio familiar e, assim, colabora para melhor qualidade de vida do paciente^(1,6).

Referências:

- 1- Lima, D., & Zagalo-Cardoso, J. A. (2007). Síndrome de Kleine-Levin: caso clínico e dificuldades de diagnóstico. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 29(3), 328-332.
- 2- Justo, L. P., Calil, H. M., Prado-Bolognani, S. A. et al. (2007). Kleine-Levin syndrome: interface between neurology and psychiatry. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 65(1), 150-152.
- 3- Arias, M., Crespo-Iglesias, J. M., Pérez, J. et al. (2002). Síndrome de Kleine-Levin aportación diagnóstica de la SPECT cerebral. *Rev Neurol*, 35, 531-533.
- 4- Fontenelle, L., Mendlowicz, M. V., Gillin, J. C., Mattos al. (2000). Neuropsychological sequelae in Kleine-Levin syndrome: case report. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 58(2B), 531-534.5-
5. Engström, M., Vigren, P., Karlsson, T., & Landtblom, A. M. (2009). Working memory in 8 Kleine-Levin syndrome patients: an fMRI study. *Sleep*, 32(5), 681-688.
- 6- Arnulf, I., Zeitzer, J. M., File, J. et al. (2005). Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. *Brain*, 128(12), 2763-2776.