Faculdade de Medicina de Olinda

ANO 3
EDIÇÃO 05

FMO
Anais da Faculdade de Medicina de Olinda
Annals of Olinda Medical School

SAÚDE RESPONSABILIDADE SOCIAL

VOLUME 5 N 5 2020
www.fmo.edu.br

ISSN: 2595-1734

Anais da Faculdade de Medicina de Olinda

Rua Dr. Manoel de Almeida Belo, 1333 - Bairro Novo - Olinda - PE
CEP 53030-030 - Telefone (81) 3011-5454



Diretoria da FMO

Diretor Geral
Dr. Inácio de Barros Melo Neto

Vice-Diretora Geral
Dra. Maria da Gloria Veiga de Barros Melo

Gestora Educacional Institucional
Profa. Dra. Carina Maria Alves Cecchi

Diretor Acadêmico
Prof. Paulo Sávio Angeiras de Goes, PhD

Diretora de Relações Institucionais
Dra. Tereza Adriana Miranda de Almeida

Diretor de Ambulatório
Prof. Dr. Guilherme Simão do Santos Figueira

Conselho Editorial

Editor-Chefe
Prof. Paulo Sávio Angeiras de Goes, PhD - UFPE/FMO

Editores Adjuntos
Profa. Dra. Carolline de Araújo Mariz – FMO
Prof. Dr. Joelmir Lucena Veiga da Silva - FMO
Profa. Dra. Thárcia Kiara Beserra de Oliveira – FMO

Editores Associados
Prof. Dr. Lúcio Villar Rabelo Filho - UFPE/FMO
Profa. Dra. Flávia Regina G. de Araújo - FMO
Prof. Dr. Fernando A. R. Gusmão Filho - UPE/FMO
Prof. Dr. Murilo Carlos Amorim de Britto - FMO
Profa. Dra. Terezinha de Jesus M. Salles - FMO
Prof. Dr. Fernando Augusto Pacífico - FMO

Conselho de Revisores

Profa. Dra. Érika Rabelo Forte de Siqueira - FMO
Prof. Dr. José Sérgio Nascimento Silva - FMO
Profa. Dra. Juliana Barros Maranhão - FMO
Prof. Dr. Ruy Lira da Silva Filho - UFPE/FMO
Profa. Dra. Luciana Ramos Teixeira - FMO
Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa da Silva - FMO
Prof. Dr. Petrus A. Dornelas Câmara - UFPE/FMO

Corpo Editorial Externo

Prof. Dr. Andy Petroianu - UFMG - MG
Profa. Dra. Cintia Yoko Morioka - USP - SP
Profa. Dra. Lydia Massako - UNIFESP - SP
Prof. Dr. Frederik Karrer - Colorado University - USA

Endereço Eletrônico
anaisfmo@fmo.edu.br

Expediente

Projeto Gráfico/Capa
jorgegregorio@fmo.edu.br

Produção
Faculdade de Medicina de Olinda

Editoração
Tito França - wtito.mobile@gmail.com

SUMÁRIO / CONTENTS

Carta ao Editor **1-1**
Letter to the editor
Inácio de Barros Melo Neto

Carta do Editor **3-3**
Letter from the editor
Paulo Sávio Angeiras de Goes

Artigos originais

EMBOLIZAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA DE MENINGIOMA INTRACRANIANO **X-X**
PRE-SURGICAL EMBOLIZATION OF INTRACRANIAL MENINGIOMA
Rafael Jackes Péres[1], Marcos Antônio Barbosa da Silva[2], Joanna Pimentel de Vasconcelos[3], Isadora Silva de Lira[3], David Placido Lopes[2], Fernando Augusto Pacífico[2]
[1] Estudante de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS
[2] Professor da Faculdade de Medicina de Olinda – FMO
[3] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO

DIAGNÓSTICO SEQUENCIAL DE DUAS MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS CEREBRAIS: ESTUDO DE CASO **X-X**
SEQUENTIAL DIAGNOSIS OF TWO CEREBRAL ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS: CASE STUDY
Whilyana Teixeira Dias Tavares[1], Marcos Antônio Barbosa da Silva[2], Marcelo Moraes Valença[3], João Onofre Trindade Filho[4], Fernando Augusto Pacífico[2]
[1] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO
[2] Professor da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO
[3] Professor Titular de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
[4] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - PB, Brasil

TROMBOSE DOS SEIOS INTRACRANIANOS: DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO **X-X**
INTRACRANIAL VENOUS SINUS THROMBOSIS: RADIOLOGIC DIAGNOSIS
Joanna Pimentel de Vasconcelos1, Marcos Antônio Barbosa da Silva2, Rafael Jackes Péres3, Isadora Silva de Lira1, David Placido Lopes2, Fernando Augusto Pacífico2
[1] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO
[2] Professor da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO.
[3] Estudante de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

VIAS BILIARES EXTRA-HEPÁTICAS E TRÍGONO CISTOHEPÁTICO: ESTUDO ANATOMOTOPOGRÁFICO **X-X**
EXTRAHEPATIC BILIARY SYSTEM AND THE CYSTICHEPATIC TRIANGLE: ANATOMOTOPOGRAPHIC STUDY
Fernando Augusto Pacífico[1], Débora Cristina Vieira dos Santos[2], Nicole Sotero Melo[2], Felipe Diego Santos Fonsêca[2], Nelson Lima Neto[3], Gilberto Cunha de Sousa Filho[4]
[1] Professor da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO
[2] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda – FMO
[3] Médico, Clínico Geral, do Hospital João Ribeiro de Albuquerque, Itapissuma-PE
[4] Professor do Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

OBESIDADE E COVID-19; O "CASAMENTO MORTAL" PARA ADULTOS? **X-X**
OBESITY AND COVID-19; THE "MORTAL MARRIAGE" FOR ADULTS?
Heziel Lima de Almeida Júnior[1], Gabriel Rodrigues da Costa[1], Maira Nóbrega[2]
[1] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda – FMO
[2] Professor da Faculdade de Medicina de Olinda – FMO

Artigos revisão

A PERÍCIA MÉDICO-LEGAL E OS ACHADOS SUGESTIVOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHER

X-X

THE MEDICO-LEGAL EXPERTISE AND THE IDENTIFYING FINDINGS OF SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN

Klara Lopes de Queiroz1, Anna Karolina Cabral Correia de Vasconcelos1, Alessandra Maria de Luna Ramos1, Patrícia Ferreira Freire1, Vannessa de Souza Serralva Rodrigues1, Luciana Queiroz de Oliveira2.

1Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda – FMO e Membros da Liga Acadêmica de Medicina Legal de Pernambuco; 2Professora da Faculdade de Medicina de Olinda – FMO e Orientadora da Liga Acadêmica de Medicina Legal de Pernambuco.

IMPACTO DA COVID-19 NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER UROLÓGICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA X-X

IMPACT OF COVID-19 ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UROLOGICAL CANCER: A LITERATURE REVIEW

Ebert Siebra Teles1, Juliana Marques de Paula Cruz2, Antonio Cesar Marques da Costa Cruz3

1 Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda-FMO e Membro da Liga Acadêmica de Urologia de Pernambuco-LAUP, 2 Estudante de Medicina Da Universidade Católica de Pernambuco- UNICAP e Membro da Liga Acadêmica de Urologia de Pernambuco, 3 Professor da Faculdade de Medicina de Olinda-FMO e Orientador da Liga Acadêmica de Urologia de Pernambuco

Espaço Responsabilidade Social

Relato de experiência

O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DE IST: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA X-X

Gabrielle F. Diniz[1], Mariana K. B. Melo[1]; Marina L.T.P. Monteiro[1], Viviane L. Lopes Teixeira[1]; Schirley C.A. Pereira[2], Joelmir L.V. Silva[2]

[1] Discente, Faculdade de Medicina de Olinda

[2] Docente, Faculdade de Medicina de Olinda

AVALIAÇÃO DE RISCO DO PÉ DIABÉTICO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

DIABETIC FOOT RISK ASSESSMENT IN A BASIC HEALTH UNIT

Danilo José de Almeida Costa[1], Anaisa de Almeida Lima[1], Jéssica Nóbrega Cavalcanti[1], Maria Luiza de Souza Miranda Barbosa[1], Jéssica Rodrigues Correia e Sá[2]

[1] Discentes da Faculdade de Medicina de Olinda

[2] Docente da Faculdade de Medicina de Olinda

LITERATURA DE CORDEL COMO FERRAMENTA DE INCLUSÃO NO PROCESSO DE IMUNIZAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA X-X

STRING LITERATURE AS A TOOL FOR INCLUSION IN THE IMMUNIZATION PROCESS: AN EXPERIENCE REPORT

Isabelly Regina Bezerra de Albuquerque Cortez[1], Nayza Lorranny de Brito Pereira[1], Nayhara Carlla de Brito Pereira[1], Pedro Augusto Figueirôa Sobreira Filho[1], Tharcia Kiara Beserra de Oliveira[2]

[1] Discente da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO)

[2] Docente da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO)

Ponto de vista

Resenha de Livro

"EM BUSCA DA MEMÓRIA: O NASCIMENTO DE UMA NOVA CIÊNCIA DA MENTE" X-X

Autores: Fernando Augusto Pacífico[1], George Gláucio Carneiro Leão de Guimarães Filho[2], Emily de Carvalho Batista[2]

[1] Professor e Coordenador do LMF da FMO

[2] Discente do Curso de Medicina da FMO

Instruções aos autores

Carta ao editor

Letter to the editor

Dr. Inácio de Barros Melo Neto[1]

Em 2020, o mundo foi surpreendido por um dos maiores desafios dos últimos 100 anos. Mesmo com o anúncio, ao final de 2019, da detecção de um novo tipo de coronavírus, o SARS-COV 2, em Wuhan na China, não era possível imaginar a magnitude da batalha que estava por vir no âmbito pessoal, social e institucional. Foi um período desafiador e de muitas incertezas, mas sempre mantivemos o olhar voltado para o horizonte, sem esquecer os objetivos e valores que nos movem, e é assim que estamos vencendo a pandemia da COVID-19.

Foi o início de um período em que a humanidade se viu frágil, exposta e vulnerável. Nossa batalha passou a ser contra um inimigo invisível, que invadiu nossas casas, nos afastou de nossos familiares e nos causou dores e perdas imensuráveis. Nesse cenário, a matéria humana passou a ser, mais do que refém da doença, a principal arma contra o vírus. Foi quando o mundo testemunhou a importância incomparável dos agentes de saúde, inclusive médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e estudantes. O medo e a insegurança colocaram à prova toda a nossa capacidade de resiliência, articulação e determinação, necessárias para nos mantermos firmes na missão de formar médicos competentes e comprometidos com a sociedade.

Ante os desafios, a Faculdade de Medicina de Olinda não abandonou seu compromisso com a formação de médicos de excelência. É importante lembrar que, na época, iniciava-se o internato acadêmico da primeira turma da FMO, então tínhamos um dever a cumprir para com a sociedade. Com atenção aos dispositivos legais e altivez em proteger nossos colaboradores e estudantes, mesmo num cenário de grande escassez, nós nos articulamos para doar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) aos serviços de saúde parceiros, além de fornecer todos os materiais necessários à segurança de nossos estudantes. A pandemia criou um cenário em que toda a força de trabalho na área de saúde era necessária, e todos precisavam contribuir. Passamos a utilizar uma plataforma de altíssima qualidade, voltada para a continuidade das atividades acadêmicas, seguindo as normas estaduais e federais que nos impediam de manter encontros presenciais. Foi um período de adaptação e de muito aprendizado, no qual discentes, docentes, corpo técnico e administrativo se uniram para dar seguimento ao trabalho de excelência que sempre desenvolvemos juntos.

Com este volume da revista Anais da Faculdade de Medicina de Olinda, damos mais uma demonstração do compromisso com a divulgação da produção do conhecimento de nossos professores e estudantes, bem como de cientistas de outras instituições, reafirmando que a cooperação entre pesquisadores e a divulgação da ciência têm sido, até agora, a arma mais eficaz no controle da pandemia da COVID-19. Nossa instituição cumpre mais uma vez o papel de estimular projetos inovadores que contribuam para a formação em medicina, reiterando a consolidação dos pilares do ensino, pesquisa e extensão.

[1] Diretor Geral da Faculdade de Medicina de Olinda

+ Correspondência do autor: anaisfmo@fmo.edu.br

Carta do editor

Letter from the editor

Prof. Paulo Sávio Angeiras de Goes - PhD

A insegurança que se abateu sobre a humanidade a partir de dezembro de 2019, provocada por uma Síndrome Respiratória Gripal Grave por conta de um novo tipo de Coronavírus e o consequente reconhecimento do estado pandêmico nos primeiros meses de 2020, levou pesquisadores, professores e estudantes da área de saúde a concentrarem suas ações na compreensão da etio-pato-fisiologia da nova doença, denominada COVID-19.

Esse período foi marcado pela cooperação nacional e internacional, inclusive com a mudança para o trabalho à distância e para o ensino remoto de milhões de estudantes, o que permitiu que a humanidade pudesse lidar com esse enorme desafio. Neste volume da revista Anais da Faculdade de Medicina de Olinda, surgem os primeiros trabalhos devotados ao tema, precedendo a edição seguinte, inteiramente devotada ao estudo da COVID-19.

O contexto da COVID 19 também iniciou um debate amplo sobre as práticas da ciência, sobretudo da Medicina, a uma velocidade nunca experimentada. Para citar apenas um exemplo, passaram-se mais de 30 anos entre o reconhecimento da epidemia de cólera em Londres, em 1850, por John Snow, e a descoberta do Vibrio cholerae, em 1883, por Robert Koch. Já entre o anúncio do primeiro caso de COIVD-19 (não a identificação do novo tipo de coronavírus) e o mapeamento genético completo do vírus, passaram-se meros dias.

Esse esforço em nome da ciência, representado pelos artigos publicados nesta revista, demonstra também a capacidade institucional de manter o compromisso de buscar a compreensão do novo e produzir conhecimento científico.

[1] *Editor Chefe, PhD*

+ Correspondência do autor: paulo.goes@fmo.edu.br

EMBOLIZAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA DE MENINGIOMA INTRACRANIANO

PRESURGICAL EMBOLIZATION OF INTRACRANIAL MENINGIOMA

Rafael Jackes Péres[1], Marcos Antônio Barbosa da Silva[2], Joanna Pimentel de Vasconcelos[3], Isadora Silva de Lira[3], David Placido Lopes[2], Fernando Augusto Pacífico[2]

[1] Estudante de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS | [2] Professor da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO | [3] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO

RESUMO

Introdução: Os meningiomas são tumores altamente vascularizados cujo tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica. Contudo, a embolização pré-operatória destes tem sido estabelecida para facilitar a sua remoção, uma vez que pode reduzir a perda sanguínea intraoperatória e o tempo cirúrgico. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 45 anos, com história de cefaleia recorrente há seis meses, que não cedeu aos analgésicos e apresentou déficit visual, com perda de campo visual principalmente à esquerda há três meses. Foi submetida à ressonância magnética do encéfalo e à angiorressonância magnética com contraste, na qual foi evidenciado um processo expansivo sólido extra-axial vascularizado na fossa craniana anterior, sendo a principal hipótese a lesão de linhagem meningotelial (entre elas o meningioma). Em seguida, foi realizada uma embolização pré-operatória da vascularização tumoral e, no dia seguinte, a neurocirurgia de ressecção tumoral. No pós-operatório a paciente cursou sem déficit visual, consciente e orientada. **Comentários:** A embolização pré-operatória pode apresentar uma vantagem na cirurgia para meningioma. O procedimento reduz a perda sanguínea intraoperatória e o tempo de operação, suavizando a consistência do tumor. No entanto, deve-se observar a possibilidade de complicações embólicas e manter o preparo da craniotomia de emergência, principalmente em pacientes com grandes meningiomas.

Palavras-chave: Meningioma; Embolização Terapêutica; Angiografia; Cirurgia; Neurocirurgia.

ABSTRACT

Introduction: Meningiomas are highly vascularized tumors whose treatment of choice is surgical resection. However, preoperative meningioma embolization was used to facilitate surgical resection, since it can reduce intraoperative blood loss and surgical time. **Case report:** Female patient, 45 years old, with a history of recurrent headache for six months, who was not given painkillers and has been showing visual deficit with loss of visual field mainly on the left for three months. He underwent brain magnetic resonance and contrast magnetic resonance angiography, which proved to be an extra-axial vascular expansion process in the anterior cranial fossa, being the main hypothesis of lesion of meningothelial lineage (among them or meningioma). Then, he performed a preoperative embolization of the tumor vascularization and, the next day, a neurosurgery for tumor resection. None of the patient's post-operative courses were without visual impairment, conscious and oriented. **Comments:** Preoperative embolization can give us an advantage in meningioma surgery. The procedure reduces intraoperative blood loss and operation time, smoothing the tumor's consistency. However, you should pay attention to the possibility of embolic complications and maintain or prepare for emergency craniotomy, especially in patients with large meningiomas.

Keywords: Meningioma, Embolization Therapeutic, Angiography, Surgery, Neurosurgery.

INTRODUÇÃO

Os meningiomas são tumores altamente vascularizados que compreendem 13% a 20% de todos os tumores cerebrais, e os meningiomas da base do crânio compreendem aproximadamente 44% de todos os tumores da base do crânio. Eles podem extrair seu suprimento vascular da circulação extracraniana e intracraniana1.

O tratamento de escolha do meningioma sintomático é a ressecção cirúrgica[2], no entanto, este procedimento expõe o paciente a um risco significativo de perda de sangue[3, 4]. A embolização pré-operatória do meningioma foi estabelecida para facilitar a ressecção cirúrgica, o que pode reduzir a perda sanguínea intraoperatória e o tempo cirúrgico[4, 5].

Com isso, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso de embolização pré-cirúrgica de meningioma intracraniano e fornecer evidências de sua eficácia no tratamento neurocirúrgico.

RELATO DE CASO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Olinda sob o nº: 43998421.0.0000.8033.

Paciente do sexo feminino, 45 anos, refere quadro de cefaleia recorrente há seis meses com piora de intensidade, sem melhora com uso de analgésicos. Há três meses apresenta déficit visual, principalmente na visão esquerda.

Foi submetida à ressonância nuclear magnética do encéfalo e à angiorressonância magnética com contraste. No primeiro exame, foi observado um processo expansivo sólido extra-axial vascularizado na fossa craniana anterior, predominando em situação mediana, projetando-se para ambos os lados, porém mais evidente paramediana à esquerda, estendendo-se desde o plano esfenoidal até a região olfatória (Figura 1). Está localizada anteriormente as artérias pericalosa e calosamarginal, em íntima relação com esta última, porém sem sinais de envolvimento.

Observaram-se ramos vasculares cursando na margem medial e anterolateral, sem sinais de envolvimento do seio venoso sagital. O limite superior está anteriormente ao rostro e joelho do corpo caloso, determinando discreta impressão sobre este último. Mede cerca de 3,9 x 3,8 x 3,7 cm nos maiores diâmetros longitudinal, transverso e sagital, respectivamente. Há ainda uma leve impressão sobre os cornos frontais dos ventrículos laterais, sendo a principal hipótese lesão de linhagem meningotelial (entre elas o meningioma).

Em seguida foi solicitada pelo neurocirurgião uma embolização pré-operatória da vascularização tumoral, a qual foi realizada sob anestesia geral e heparinização plena, através de punção percutânea da artéria femoral comum direita, com cateterismo seletivo das carótidas comuns internas e externas.

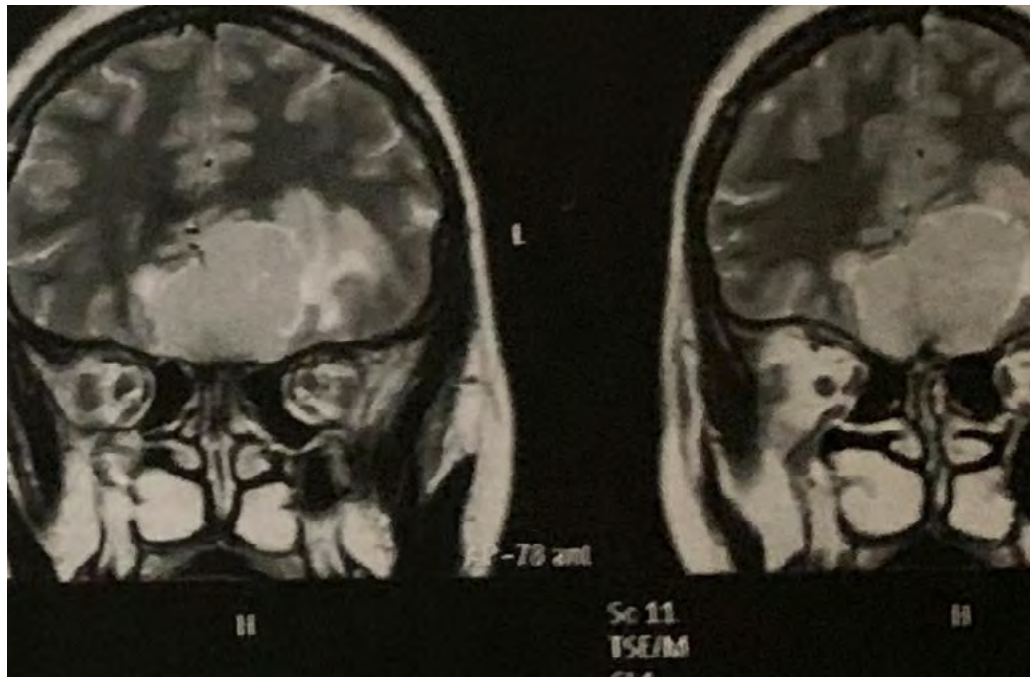


Figura 1. Ressonância magnética do encéfalo, corte coronal ponderado em T1, demonstrando formação expansiva sólida extra-axial (meningioma) vascularizada na frontal basal plano da goteira olfatória e plano esfenoidal.

Os seguintes aspectos foram observados: presença de lesão hipervascularizada na região frontal em linha média, com opacificação com um blush discreto na fase arterial, se tornando intenso na fase venosa, mais evidente através do cateterismo seletivo da artéria carótida interna e externa esquerda. A partir desta foi identificada vascularização nutrindo o tumor, proveniente das artérias etmoidais anterior e posterior esquerda (ramos da artéria oftálmica esquerda), ultrapassando a lâmina crivosa do etmoide, havendo também participação das artérias homônimas contralaterais.

Em seguida, foi realizado o micro cateterismo seletivo das artérias meníngea média esquerda, meníngea media acessória esquerda e maxilar esquerda, das quais partiam ramos que nutriam a periferia do meningioma (Figura 2), sendo realizada a oclusão (embolização) com microesferas de Álcool de Polivinil (PVA). Com isso obteve-se a desvascularização da tumoração, principalmente de sua região periférica, restando a circulação principal oriunda da base do crânio. Há de se destacar que se optou por não realizar embolização dos ramos nutridores oriundos de artérias intracranianas, uma vez que havia risco de ocasionar isquemias em outras regiões cerebrais.

Após a embolização, a paciente foi encaminhada para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consciente e orientada para realização de neurocirurgia de ressecção tumoral. Foi realizada ressecção cirúrgica de aproximadamente 90% do tumor, restamdp uma pequena porção que ficou aderida ao assoalho. A embolização foi efetiva, uma vez que atrofiou a região tumoral mais aderida ao quiasma óptico, sendo possível a retirada do meningioma sem lesão de quiasma óptico e nervo óptico, sendo a lesão destas estruturas considerada como o maior risco nesta cirurgia. No pós-operatório, a paciente cursou sem déficit visual, consciente e orientada.

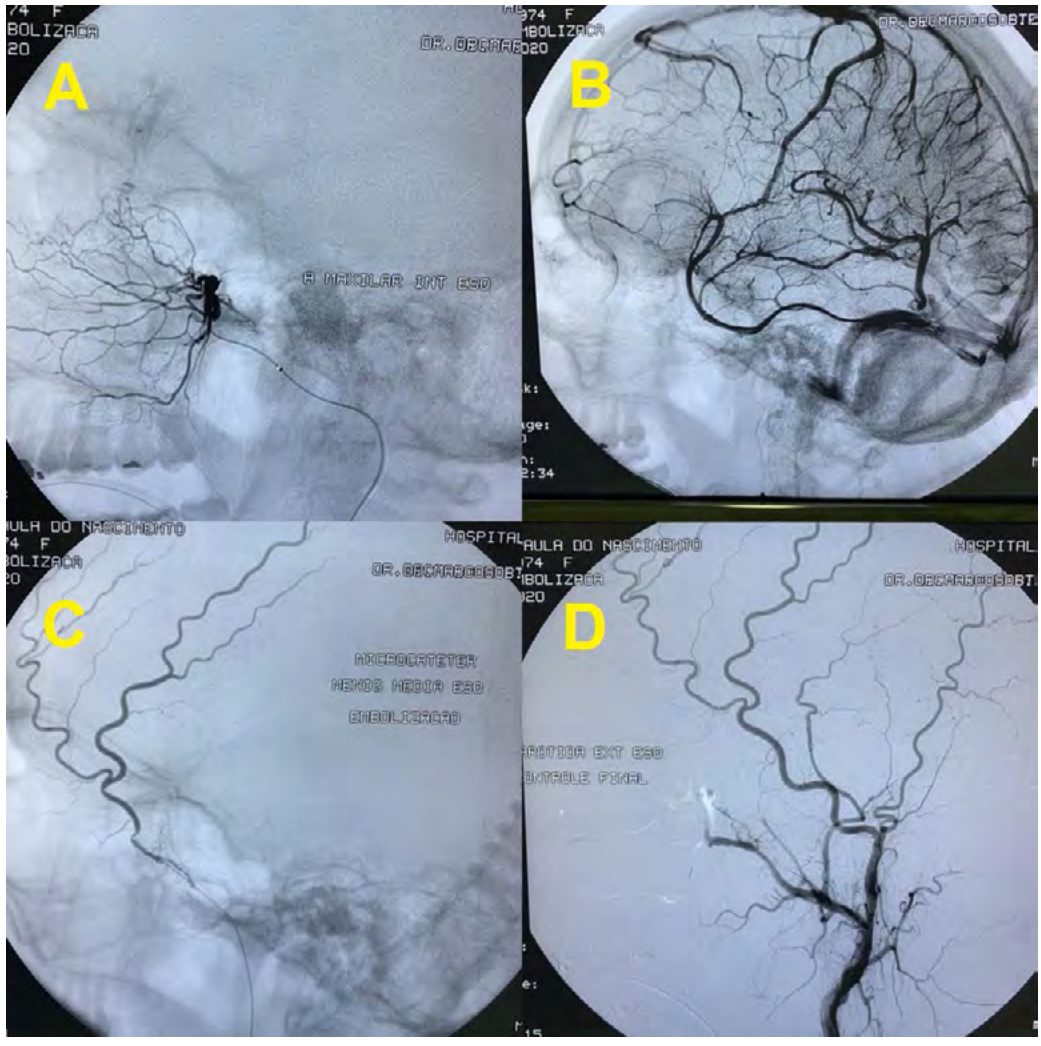


Figura 2. Arteriografia cerebral. **A:** Embolização da Artéria Maxilar Esquerda; **B:** Meningioma; **C:** Embolização da Artéria Meníngea Média; e **D:** Arteriografia da Artéria Carótida Externa Esquerda.

COMENTÁRIOS

A embolização pré-operatória diminui a perda sanguínea cirúrgica, bem como os tempos operatórios e as taxas de infecção[7]. Além disso, a embolização pré-operatória pode melhorar a ressecabilidade do meningioma, reduzindo sua vascularização e firmeza[6, 7].

Diversos agentes embólicos são utilizados para embolização pré-cirúrgica, no entanto, independentemente do utilizado, a embolização pré-operatória ainda apresenta alguns riscos em potencial, incluindo acidente vascular cerebral devido à migração irregular em outras artérias cerebrais8, cegueira, hemorragia e paralisia dos nervos cranianos[9]. As complicações não neurológicas relacionadas ao tratamento endovascular também podem ocorrer e incluem hematomas na virilha, pseudoaneurisma femoral e fístula arteriovenosa[10].

A taxa geral de complicações da embolização pré-operatória varia de 0% a 9%[2, 3]. A presente pesquisa está de acordo com a literatura, uma vez que não foi observada nenhuma complicação durante o procedimento de embolização do meningioma10.

No presente estudo, o intervalo entre a embolização e a ressecção do tumor foi de 24 horas. O intervalo de tempo ideal entre embolização e ressecção do tumor não é bem estabelecido. Alguns estudos recomendam um mínimo de 24 horas se o objetivo é simplesmente maximizar a desvascularização do tumor e reduzir a perda sanguínea operatória, e pelo menos uma semana ao tentar otimizar a ressecabilidade do tumor e diminuir o edema[11].

No que se refere ao suprimento vascular, meningiomas anteriores da base do crânio, como visto no caso estudado, podem ter um suprimento vascular variado e complexo. As artérias etmoidais anteriores e/ou posteriores são as principais artérias nutridoras em < 13% dos meningiomas da base do crânio. O suprimento vascular de meningiomas no sulco olfativo e no plano esfenoidal pode surgir de nutridoras durais, transósseas e até mesmo piais[12]. As artérias meníngeas médias (AMMs) suprem aproximadamente 17% dos meningiomas da crista esfenoidal[13].

Os tumores na base anterior do crânio também podem ser nutridos por artérias que suprem as bordas da fissura orbital superior, como o ramo anterior do AMM, os ramos meníngeos recorrentes da artéria oftálmica e da artéria lacrimal, os ramos meníngeos da carótida interna, ramo tentorial do tronco meningohipofisário, ramo anterior do tronco inferolateral e ramos terminais da artéria maxilar interna[12]. Essas colateralizações predispõem os meningiomas à alta vascularização. Em um estudo de meningiomas da base de crânio da fossa anterior e média, apenas uma embolização completa foi alcançada em 55 tentativas[14].

A embolização precoce dos ramos nutridores das artérias etmoidais anteriores e posteriores pode diminuir a perda de sangue e auxiliar na ressecção segura. Contudo, a hipertrofia da parede dos vasos e o revestimento no forame esclerosado hiperostótico podem apresentar desafios. O tecido cerebral edemaciado e o grande tamanho do tumor podem dificultar a retração, limitando o acesso aos vasos de nutridores durante a cirurgia. A embolização endovascular dos vasos nutridores pode resultar em complicações significativas, como cegueira devido à embolização retrógrada não intencional da artéria oftálmica[1].

Um estudo que avaliou os resultados da embolização de meningiomas via artéria oftálmica. Não houve alterações na visão nos cinco pacientes, mas um desenvolveu uma paralisia oculomotora transitória. Os autores alegam que a embolização dos ramos nutridores decorrentes da artéria oftálmica possuem baixa chance de complicação se o microcateter for seletivamente colocado distalmente à artéria central da retina para minimizar o refluxo do agente embólico[15].

Por fim, a embolização pré-operatória comprovadamente fornece uma vantagem na cirurgia para meningioma. O procedimento reduz a perda sanguínea intraoperatória e o tempo de operação, suavizando a consistência do tumor. No entanto, deve-se prestar atenção à possibilidade de complicações embólicas e manter o preparo da craniotomia de emergência, principalmente em pacientes com grandes meningiomas.

REFERÊNCIAS

1. Yoon N, Shah A, Couldwell WT, Kalani MYS, Park MS. Preoperative embolization of skull base meningiomas: current indications, techniques, and pearls for complication avoidance. Neurosurg Focus. 2018 Apr; 44(4): E5.
2. Shah A, Choudhri O, Jung H, Li G. Preoperative endovascular embolization ofmeningiomas: update on therapeutic options. Neurosurg Focus 2015; 38(3): E7.
3. Dubel GJ, Ahn SH, Soares GM. Contemporary endovascular embolotherapy formeningioma. Semin Interv Radiol 2013; 30(3): 263-77.
4. Fusco MR, Salem MM, Gross BA, Reddy AS, Ogilvy CS,

Kasper EM, et al. Preoperative embolization of extra-axial hypervascular tumors with onyx. J CerebrovascEndovasc Neurosurg 2016; 18(1): 12-8.

5. Chen L, Li DH, Lu YH, Hao B, Cao YQ. Preoperative Embolization Versus Direct Surgery of Meningiomas: A Meta-Analysis. World Neurosurg. 2019 Aug; 128: 62-8.
6. James RF, Kramer DR, Page PS, Gaughen JR, Martin LB, Mack WJ. Strategic and technical considerations for the endovascular embolization of intracranial meningiomas. Neurosurg Clin N Am 2016; 27(2): 155-66.
7. Przybylowski CJ, Baranoski JF, See AP, Flores BC, Almefty RO, Ding D, et al. Preoperative embolization of skull base meningiomas: outcomes in the Onyx era. World Neurosurg 2018; 116: e371-9.
8. Friconnet G, Espíndola Ala VH, Lemnos L, Saleme S, Duchesne M, Salle H, et al. Pre-surgical embolization of intracranial meningioma with Onyx: A safety and efficacy study. J Neuroradiol. 2019 Jun 20. pii: S0150-9861(19)30118-X.
9. Nania A, Granata F, Vinci S, Pitrone A, Barresi V, Morabito R, et al. Necrosis score, surgical time, and transfused blood volume in patients treated with pre-operative embolization of intracranial meningiomas. Analysis of a single-centre experience and a review of literature. Clin Neuroradiol 2014; 24(1): 29-36.
10. Kominami S, Watanabe A, Suzuki M, Mizunari T, Kobayashi S, Teramoto A. Preoperative embolization of meningiomas with N-butyl cyanoacrylate. Interv Neuroradiol. 2012 18: 133-9.
11. Brandel MG, Rennert RC, Wali AR, Santiago-Dieppa DR, Steinberg JA, Lopez Ramos C, et al. Impact of preoperative endovascular embolization on immediate meningioma resection outcomes. Neurosurg Focus. 2018 Apr; 44(4): E6.
12. Cecchini G. Anterior and posterior ethmoidal artery ligation in anterior skull base meningiomas: a review on microsurgical approaches. World Neurosurg 84. 2015: 1161-5.
13. El-Fiki M. Surgical anatomy for control of ethmoidal arteries during extended endoscopic endonasal or microsurgical resection of vascular anterior skull base meningiomas. World Neurosurg 84. 2015: 1532-5.
14. Waldron JS, Sughrue ME, Hetts SW, Wilson SP, Mills SA, McDermott MW, et al. Embolization of skull base meningiomas and feeding vessels arising from the internal carotid circulation. Neurosurgery. 2011: 68: 162-9.
15. Trivelatto F, Nakiri GS, Manisor M, Riva R, Al-Khawaldeh M, Kessler I, et al. Preoperative Onyx embolization of meningiomas fed by the ophthalmic artery: a case series. AJNR Am J Neuroradiol. 2011: 32: 1762–6.

ARTIGO ORIGINAL

DIAGNÓSTICO SEQUENCIAL DE DUAS MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS CEREBRAIS: ESTUDO DE CASO

SEQUENTIAL DIAGNOSIS OF TWO CEREBRAL ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS: CASE REPORT

Whilyana Teixeira Dias Tavares[1], Marcos Antônio Barbosa da Silva[2], Marcelo Moraes Valença[3], João Onofre Trindade Filho[4], Fernando Augusto Pacífico[2]

[1] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO | [2] Professor da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO | [3] Professor Titular de Neurologia e Neurocirurgia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE | [4] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança - PB, Brasil

RESUMO

Introdução: As malformações arteriovenosas cerebrais (MAV) são lesões vasculares do sistema vascular cerebral que ocorrem durante o período de embriogênese. **Relato de Caso:** Trata-se de um paciente do gênero masculino, com 19 anos, diagnosticado e tratado da primeira MAV no esplênio do corpo caloso. Após um ano e meio, foi diagnosticado com uma segunda MAV no joelho do corpo caloso, recebendo o segundo tratamento adequado. **Comentários:** Embora a angiografia cerebral seja considerada padrão ouro para avaliar a angioarquitetura da MAV, torna-se indispensável o acompanhamento de sua evolução após o tratamento cirúrgico, radiocirúrgico ou por embolização, para um diagnóstico decisivo e expansivo, principalmente, em casos de micromalformações.

Palavras-chave: Angiografia, Corpo Caloso, Malformações Arteriovenosas Intracranianas, Neurocirurgia.

ABSTRACT

Introduction: Cerebral arteriovenous malformations (AVM) are vascular lesions of the cerebral vascular system during the period of embryogenesis. **Case report:** This is a 19-year-old male patient diagnosed and treated for the first AVM in the splenium of the corpus callosum. After 1 year and a half, the same patient was diagnosed with a second AVM in the knee of the corpus callosum, receiving the second appropriate treatment. **Comments:** Although cerebral angiography is considered the gold standard for evaluating AVM angioarchitecture, it is essential to monitor its evolution after surgical, radiosurgical or embolization treatment for a decisive and expansive diagnosis, especially in cases of micromalformations.

Keywords: Angiography, Corpus Callosum, Intracranial Arteriovenous Malformations, Neurosurgery.

INTRODUÇÃO

As malformações arteriovenosas cerebrais (MAV), são lesões vasculares oriundas da embriogênese do sistema vascular cerebral, nas quais sua lesão primária é caracterizada pela ausência da rede de capilares normais entre artérias e veias, resultando em uma estrutura dilatada com um aspecto de novelo[1-3]. A hemorragia intracraniana, principalmente as intraparenquimatosas, é o quadro clínico presente na maioria dos pacientes com MAV e o estudo de imagem como a tomografia computadorizada (TC), ressonância nuclear magnética (RNM) e angiografia, confirma a suspeita do diagnóstico de uma lesão vascular[4].

No entanto, o melhor método de imagem para avaliar a angioarquitetura da MAV e a existência de fatores de risco que possam agravar a evolução das mesmas é a angiografia, pois proporciona maior importância para a compreensão e orientação terapêutica da MAV[5].

Acredita-se que entre 0,14% e 0,8% da população pode apresentar MAV cerebral em algum momento da vida. Várias MAVs cerebrais são diagnosticadas entre 20 e 40 anos e somente 18% a 20% são sintomáticas abaixo dos 15 anos. Dentre os sintomas, pode-se destacar convulsões, cefaleia e déficit neurológico progressivo. O risco de hemorragia nos pacientes portadores de MAVs cerebrais, que apre-

sentam outros sintomas iniciais, é de aproximadamente 2,2% por ano e a mortalidade destes com uma hemorragia inicial é de 10% a 15%, com morbidade é de 20% a 30%. O relato traz uma apresentação de um prognóstico peculiar da malformação arteriovenosa, pois o paciente foi diagnosticado duas vezes em tempos diferentes por uma patologia em que sua etiologia resume-se durante a vida embrionária[6-7].

RELATO DE CASO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Olinda sob o nº: 43998421.0.0000.8033.

Paciente do gênero masculino, com 19 anos, foi encaminhado ao Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio de Miranda Burity (PB), devido à persistência de cefaleia tensional há mais de cinco dias. Foi realizada uma tomografia computadorizada de crânio (TCC) que constatou um conteúdo hiperdenso no interior do ventrículo lateral direito. A ressonância e a angioressonância arterial e venosa de crânio, revelaram alterações discretas de efeitos expansivos com imagens serpiginosas e flow-void localizadas na porção mais posterior do esplênio do corpo caloso com classificação de Spetzler-Martin caracterizando grau II (Figura 1).

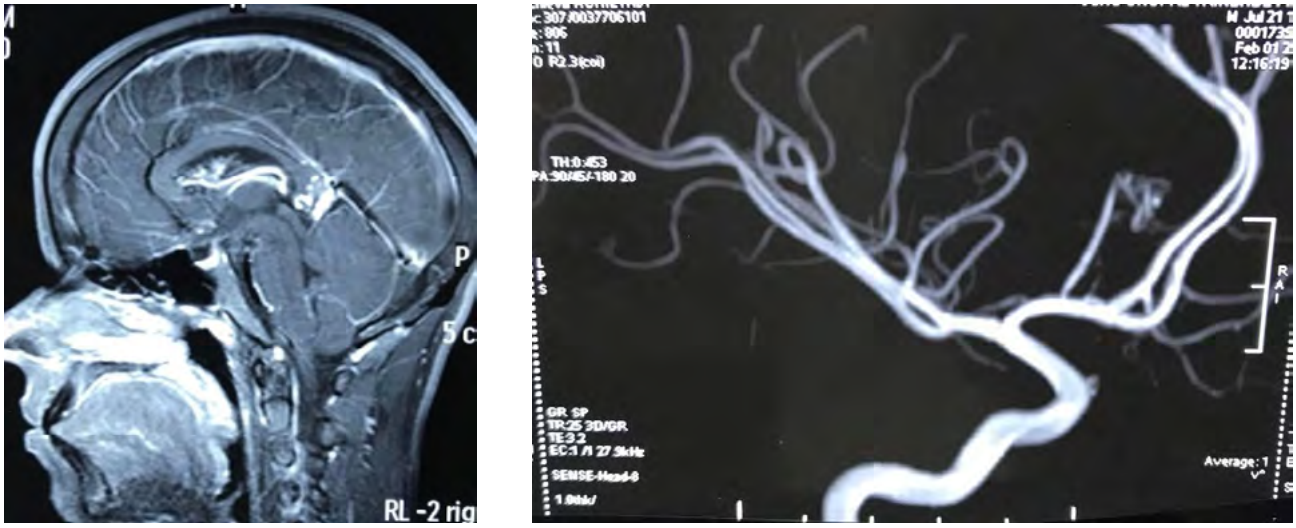


Figura 1. RNM com contraste Angioressonância.

Na arteriografia cerebral foi confirmada a primeira malformação arteriovenosa no esplênio do corpo caloso, desse modo, optou-se pelo tratamento de radiocirurgia. O paciente foi reavaliado três e nove meses após a realização da primeira radiocirurgia através de ressonância magnética. Após um ano e meio, uma angiografia foi realizada confirmando a cura satisfatória da primeira MAV, no entanto, foi observada uma segunda MAV posteriormente ao joelho do corpo caloso.

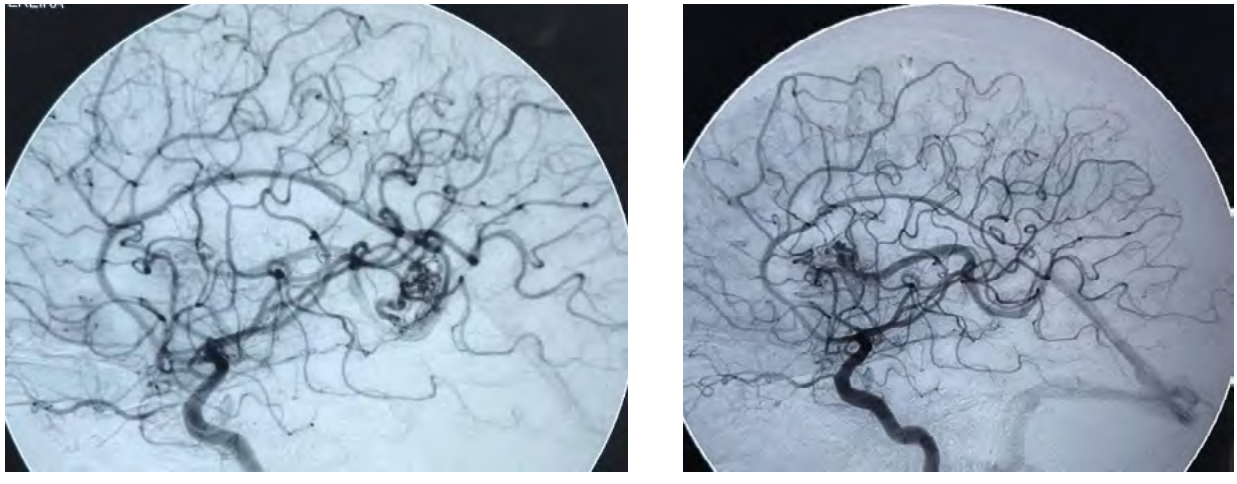


Figura 2. Arteriografia cerebral. Primeira e segunda Malformação arteriovenosa.

Uma segunda radiocirurgia foi realizada, sendo novamente o paciente reavaliado três e nove meses após a segunda radiocirurgia através de ressonância magnética, na qual não foi evidenciada nenhuma alteração.

COMENTÁRIOS

Várias tentativas de classificação foram apresentadas por Dandy e Cushing-Bailey em 1928, Bergstrand-Olivecrona-Tönnis em 1936, Manuelidis em 1950, Pluvinage em 1954, Olivecrona-Landenheim em 1957, Russel-Rubinstein em 1963, Merland e cols. em 1983 e Huang em 1984[4-7]. Em 1985, McCormick, considerando aspectos anatomopatológicos, classificou MAV em telangectasia capilar, malformação cavernosa, angioma venoso e malformação arteriovenosa. Essa última descrita macroscopicamente como um aspecto de "enovelado de minhocas". Yaşargil, em 1987, propôs nova classificação[8, 9].

A grande variação de tabelas e nomes refletia a falta de compreensão sobre patogênese da MAV. As classificações eram simples e de pouca utilidade prática ou muito complexas com difícil aplicação clínica. Nesse contexto, Spetzler e Martin, em 1986, publicaram a classificação de MAV visando estimar o risco de morbidade e mortalidade cirúrgica, a qual teve grande aceitação em decorrência de sua simplicidade e praticidade. A graduação baseou-se na dificuldade cirúrgica, considerando tamanho, padrão de drenagem venosa e eloquência do encéfalo adjacente[9].

O tamanho do nidus de MAV foi considerado pequeno (< 3 cm), médio (3-6 cm) ou grande (> 6 cm), sendo responsável por volumosa parte da dificuldade técnica durante o procedimento cirúrgico. A extensão de tecido cerebral exposta durante a ressecção de MAV e o tempo necessário de anestesia, aumentam o risco de complicações pós-operatórias. O tamanho também está relacionado ao número de aferências e à quantidade de fluxo sanguíneo[9, 10].

O acesso cirúrgico às MAV está intimamente relacionado à drenagem venosa, uma vez que as veias devem ser ligadas por último na ressecção. Veias profundas exigem que a maioria das MAV esteja descolada para sua visualização. Essas são friáveis e de difícil coagulação que, quando retraídas, são propensas ao rompimento e à hemorragia[8]. O padrão de drenagem venosa é considerado superficial ou profundo, sendo denominado superficial se toda a drenagem de MAV for feita por veias corticais. Se qualquer das eferências drenar através de veias profundas, como a veia magna, a cerebral interna e a basal, o padrão é considerado profundo. Na fossa posterior, apenas veias dos hemisférios cerebelares que drenam diretamente para os seios transversos ou reto são consideradas superficiais[11].

A eloquência do encéfalo adjacente corresponde à área que, se lesada, resulta em considerável déficit ou sequela neurológica[3-6]. Áreas eloquentes incluem área sensitivo-motora, córtex visual e da linguagem, hipotálamo, tálamo, cápsula interna, tronco cerebral, pedúnculos cerebelares e núcleos cerebelares profundos[3-6]. O grau é determinado por exames de imagem, sendo dado um valor para cada critério. Os pontos atribuídos são somados, com o total correspondendo ao grau em uma escala de I a V. As MAV grau I são pequenas, superficiais e localizadas em córtex não eloquente, enquanto as de grau V são grandes, profundas e situadas em áreas neurologicamente críticas. Essas últimas têm elevado risco de morbimortalidade associado à cirurgia. MAV graus II a IV constituem grupo heterogêneo, com risco bastante variável, e subdivisões do grau III foram propostas por Oliveira e cols. e Lawton[10, 11].

Embora a angiografia cerebral seja considerada padrão ouro para avaliar a angioarquitetura da MAV, torna-se indispensável o acompanhamento da sua evolução após o tratamento cirúrgico, radiocirurgico ou por embolização, com exames angiográficos sequenciais realizados anualmente, incidências apropriadas e imagens radiográficas digitais em 3D para um diagnóstico precoce e decisivo, principalmente em caso de micromalformações, evitando-se assim, a necessidade repetitiva da radiocirurgia e consequentes danos físicos e emocionais ao paciente[6, 8-9].

REFERÊNCIAS

1. Kim H, Su H, Weinsheimer S, Pawlikowska L, Young WL. Brain arteriovenous malformation pathogenesis: a response-to-injury paradigm. Acta Neurochir. Suppl. 2011, 111: 83-92
2. Morris Z, Whiteley WN, Longstreth WT, Weber F, Lee Y-C, Tsushima Y, et al. Incidental findings on brain magnetic resonance imaging: Systematic review and meta-analysis. BMJ 2009, 339, b3016.
3. Cordonnier C, Klijn CJM., Van Beijnum J, Salman RA-S. Radiological Investigation of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: Systematic Review and Trinational Survey. Stroke 2010, 41: 685–690.

4. Van Beijnum J, Lovelock CE, Cordonnier C, Rothwell PM, Klijn CJ, Salman RA. Outcome after spontaneous and arteriovenous malformation-related intracerebral haemorrhage: Population-based studies. Brain 2009, 132 Pt 2: 537–543.
5. Cockroft KM, Jayaraman MV, Amin-Hanjani S, Derdeyn CP, McDougall CG, Wilson JA. A perfect storm: how a randomized trial of unruptured brain arteriovenous malformations' (ARUBA's) trial design challenges notions of external validity. Stroke 2012, 43, 1979–1981.
6. Mohr JP, Parides MK, Stapf C, Moquete E, Moy CS, Overbey JR, et al. Medical management with or without interventional therapy for unruptured brain arteriovenous malformations (ARUBA): a multicentre, non-blinded, randomised trial. Lancet 2014, 383: 614-21.
7. Al-Shahi Salman R, White PM, Counsell CE, Du Plessis J, Van Beijnum J, Josephson CB, et al. Outcome after conservative management or intervention for unruptured brain arteriovenous malformations. JAMA 2014, 311: 1661–9.
8. Stapf C, Mohr JP, Choi JH, Hartmann A, Mast H. Invasive treatment of unruptured brain arteriovenous malformations is experimental therapy. Curr. Opin. Neurol. 2006, 19: 63-8.
9. Mohr JP, Moskowitz AJ, Stapf C, Hartmann A, Lord K, Marshall SM, et al. The ARUBA trial: Current status, future hopes. Stroke 2010, 41: e537–e40.
10. Mohr JP, Moskowitz AJ, Parides M, Stapf C, Young WL. Hull down on the horizon: A Randomized trial of Unruptured Brain Arteriovenous Malformations (ARUBA) trial. Stroke 2012, 43: 1744–5.
11. Derdeyn CP, Zipfel GJ, Albuquerque FC, Cooke DL, Feldmann E, Sheehan JP, et al. On behalf of the American Heart Association Stroke Council. Management of Brain Arteriovenous Malformations: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2017, 48, e200–e24.

ARTIGO ORIGINAL

TROMBOSE DOS SEIOS INTRACRANIANOS: DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

INTRACRANIAL VENOUS SINUS THROMBOSIS: RADIOLOGIC DIAGNOSIS

Joanna Pimentel de Vasconcelos[1], Marcos Antônio Barbosa da Silva[2], Rafael Jackes Péres[3], Isadora Silva de Lira[1], David Placido Lopes[2], Fernando Augusto Pacífico[2]

[1] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO | [2] Professor da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO | [3] Estudante de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

RESUMO

Introdução: A trombose do seio venoso cerebral é uma condição rara cujo diagnóstico pode ser realizado pela tomografia computadorizada, ressonância magnética ou por angiografia por cateterismo. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 27 anos, com quadro de cefaleia intensa holocraniana, pulsátil retro-ocular e turvação visual, além de crise convulsiva há duas horas. A paciente refere que iniciou o uso de anticoncepcional oral há 1 mês e 15 dias, sendo submetida ao exame de tomografia computadorizada do crânio, no qual não foram evidênciadas alterações significativas. No entanto, no exame de arteriografia cerebral foi evidenciada drenagem venosa apresentando lentificação no fluxo, com congestão importante das veias corticais e falhas de enchimento nos seios venosos cerebrais compatíveis com trombose extensa dos seios durais. **Comentários:** A ressonância magnética é o método mais sensível para visualizar sequelas parenquimatosas e/ou hemorrágicas da trombose do seio venoso cerebral. Por outro lado, a venografia por ressonância magnética quanto a venografia por contraste são métodos quase equivalentes para detectar obstrução das estruturas venosas intracranianas. No entanto, a angiografia por cateter deve sempre ser considerada para pacientes com TC e RM inconclusiva ou para candidatos submetidos a procedimentos endovasculares.

Palavras-chave: Arteriografia; Trombose Venosa; Trombose dos Seios Intracranianos; Trombose do Seio Lateral; Trombose do Seio Sagital.

ABSTRACT

Introduction: Thrombosis of the cerebral venous sinus is a rare condition whose diagnosis can be made by computed tomography, magnetic resonance or by angiography by catheterization. **Case report:** Female patient, 27 years old, with severe holocranial headache, pulsating retroocular and visual turbidity, in addition to a seizure for 2 hours. The patient reports that she started using oral contraceptives a month and 15 days ago, being submitted to a computed tomography scan of the skull, in which no significant changes were found. However, in the cerebral arteriography examination, venous drainage was evidenced, presenting a slow flow with significant congestion of the cortical veins and filling failures in the cerebral venous sinuses compatible with extensive thrombosis of the dural sinuses. **Comments:** While Magnetic Resonance Imaging is the most sensitive method for visualizing parenchymal and / or hemorrhagic sequelae of cerebral venous sinus thrombosis, both magnetic resonance venography and contrast venography are almost equivalent methods for detecting intracranial venous structures obstruction. However, catheter angiography should always be considered for patients with CT and MRI inconclusive or for candidates undergoing endovascular procedures.

Keywords: Angiography, Venous Thrombosis, Sinus Thrombosis Intracranial, Lateral Sinus Thrombosis, Sagittal Sinus Thrombosis.

INTRODUÇÃO

A trombose do seio venoso cerebral (TSVC) é uma condição rara, com uma incidência anual de aproximadamente três a quatro casos por milhão de habitantes, constituindo menos de 1% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE)[1].

A maioria dos pacientes adultos com TSVC possuem cerca de 40 anos ou menos[2], sendo o sagital superior e o transverso os seios mais frequentemente envolvidos (60%), seguidos pela veia jugular interna e veias corticais internas (20%)[1]. Certos fatores predisponentes, como contracepção oral, gravidez e puerpério, explicam a maioria feminina de 75% entre as pacientes com TSVC, sendo que mulheres obesas em contracepção oral apresentam um risco especificamente alto[2].

A paciente refere que iniciou uso de anticoncepcional oral há um 1 e 15 dias. Nega crises convulsivas prévias, hipertensão arterial ou diabetes. No exame neurológico foi evidenciada discreta rigidez de nuca, sem déficit motor, sonolência e fácies de sofrimento devido à cefaleia. Realizado exame de fundoscopia, demonstrou-se edema das papilas, sendo mais importante à esquerda.

Foi submetida ao exame de tomografia computadorizada do crânio sem contraste que demonstrou parênquima cerebral sem anormalidades; sistema ventricular de topografia, morfologia e dimensões normais; sulcos, fissuras e cisternas sem alterações, cerebelo e tronco encefálico sem anormalidade ao método; e ausência de coleções extra-axiais, sendo indicada uma angiografia cerebral.

O Estudo Internacional sobre Trombose Venosa Cerebral e Seio Dural (ISCVT), que incluiu 624 pacientes, descreveu os seguintes sintomas mais comuns: cefaleia (88,8%), convulsões (39,3%), paresia (37,2%), papiledema (28,3%) e alterações do estado mental (22%)3. O diagnóstico pode ser realizado pela tomografia computadorizada, ressonância magnética ou por angiografia por cateterismo[1,2].

A base do tratamento é a anticoagulação, necessária para bloquear a propagação do coágulo e obter a recanalização. O sangramento intracraniano não contraindica anticoagulação e os procedimentos endovasculares são reservados para pacientes com uma apresentação particularmente grave ou sintomas neurológicos em rápido declínio, apesar da anticoagulação apropriada, embora não existam dados dos ensaios clínicos[1].

Com isso, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso raro de trombose dos seios venosos intracranianos diagnosticado por meio do quadro clínico e da angiografia cerebral.

RELATO DE CASO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Olinda sob o nº: 43998421.0.0000.8033.

Paciente do sexo feminino, 27 anos, encaminhada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), deu entrada na emergência com quadro de cefaleia intensa holocraniana, pulsátil retro-ocular e turvação visual. Informou ainda estar sofrendo crise convulsiva por duas horas.

O exame foi realizado por meio de punção percutânea da artéria femoral comum direita com cateterismo seletivo do arco aórtico, das carótidas comuns e das vertebrais, com injeção de contraste iodado não iônico e aquisições de imagens em radiografias digitais.

Os seguintes aspectos foram observados: (1) arco aórtico e tronco supra-aórticos sem alterações; (2) sistema carotídeo interno e vertebro-basilar com paredes lisas e regulares, ausência de dissecções e/ou arterites, sem anormalidades em segmentos intracranianos; (3) drenagem venosa apresentando lentificação no fluxo, com congestão importante das veias corticais e falhas de enchimento nos seios sagital superior (Figura 1), transversos, sigmoide direito e jugulares nos terços proximais compatível com trombose extensa dos seios durais (Figura 2).

A paciente foi tratada com anticonvulsivante (Gardenal 200 mg) e anticoagulação plena (Clexane 60 mg), durante cinco dias, com melhora dos sintomas, sendo substituída pelo anticoagulante oral (Varfarina). Recebeu alta com dez dias sem cefaleia, com os exames de fundoscopia, tomografia computadorizada do crânio e eletroencefalograma sem alterações, permanecendo com a Varfarina por 12 meses e o encaminhamento a ginecologista para orientação de outros métodos contraceptivos.

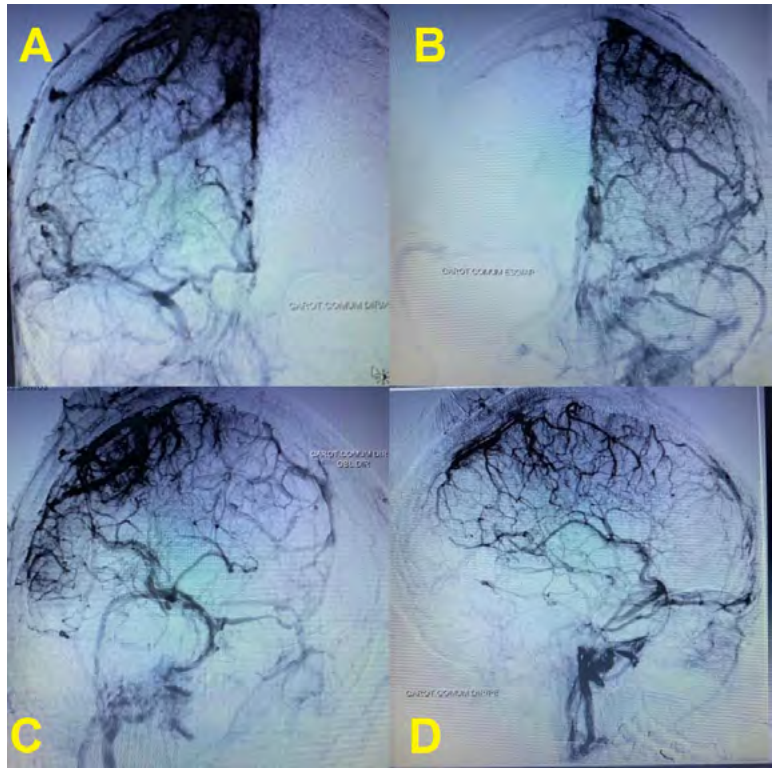


Figura 1. Arteriografia do sistema carotídeo interno, evidenciando trombose do seio venoso cerebral, especificamento do seio sagital superior (elipses em amarelo), com imagens capturadas em antero-posterior demonstrando drenagem venosa cerebral à direita (A), em antero-posterior demonstrando drenagem venosa cerebral à esquerda (B), em oblíqua demonstrando drenagem venosa cerebral à direita (C) e em perfil demonstrando drenagem venosa cerebral à esquerda (D).

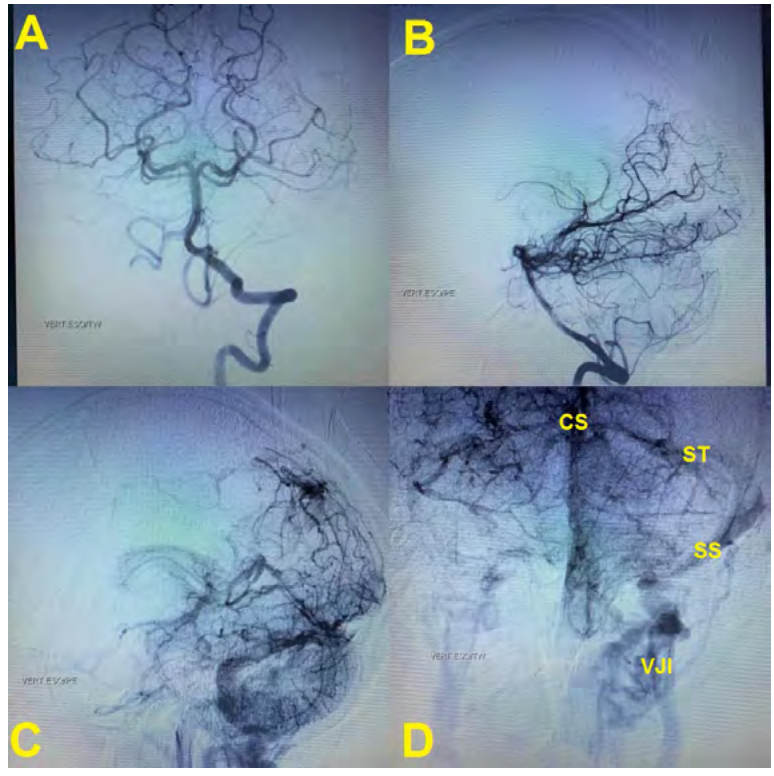


Figura 2. Arteriografia do sistema vertebro-basilar evidenciando trombose do seio venoso cerebral. Imagem capturada em antero -posterior da irrigação vertebro-basilar (A), imagem capturada em perfil esquerdo da irrigação vertebro-basilar (B), imagem capturada em perfil esquerdo da drenagem cerebral (C), e imagem capturada em antero-posterior da drenagem cerebral (D). Legenda: Confluência dos Seios (CS) ou Tórcula de Herófilo, Seio Tranverso (ST), Seios Sigmóide (SS) e Veia Jugular Interna (VJI).

COMENTÁRIOS

Considerando a variabilidade da drenagem venosa colateral e a dinâmica do desenvolvimento da trombose de seio venoso cerebral, a apresentação clínica e os sintomas da TSVC são altamente versáteis e muitas vezes inespecíficos. Assim, os sintomas da TSVC podem variar de agudos a crônicos, e sua gravidade varia de assintomática à coma. Portanto, o diagnóstico geralmente é adiado para um período médio de sete dias desde o início das manifestações clínicas[3].

A dor de cabeça é geralmente o primeiro sintoma no início da TSVC. Devido à sua natureza específica, os médicos devem ter uma alta suspeita de TSVC ao lidar com um novo início e aumento progressivo da intensidade da dor de cabeça, o único sintoma presente em cerca de 32% dos pacientes[4].

A localização da dor de cabeça não é informativa, pois não se correlaciona com o local da trombose. A ausência de dor de cabeça é típica em pacientes idosos, especialmente homens[5], e naqueles com trombose de veias corticais que apresenta homeostase normal do líquido cerebro-espinal. O mecanismo fisiopatológico da dor de cabeça no CVST é o aumento da pressão intracraniana devido à reduzida reabsorção do líquido cefalorraquidiano. Por esse motivo, a intensidade da dor de cabeça geralmente aumenta quando os pacientes se deitam e após a manobra de Valsalva. Por razões ainda não totalmente compreendidas, a dor de cabeça é mais comum em pacientes com CVST do que naqueles com acidente vascular cerebral (25% dos casos)[6].

As convulsões são mais frequentes em pacientes com CVST do que naqueles com AVC arterial (2-9%)[7], talvez como consequência do acúmulo de produtos catabólicos devido à estase venosa. O papiledema é a consequência da hipertensão intracraniana e pode causar diplopia e perda visual. Pacientes com trombose dos seios cavernosos também podem desenvolver proptose, dor orbital, quemose e oftalmoplegia secundária a uma paralisia dos nervos cranianos oculomotores (III), trocleares (IV) e abducentes (VI)1. Na prática clínica, a imagem cerebral não invasiva precisa ser realizada imediatamente em todos os pacientes com suspeita de TSCV[2].

Quando se suspeita de TSVC em adultos, a técnica de imagem de primeira linha é a tomografia computadorizada (TC) sem contraste intravenoso, uma vez que permite a exclusão de tumores cerebrais, abscessos ou derrame arterial. Na fase aguda, a TSVC é vista nas tomografias sem contraste como um sinal hiperdenso no lúmen do vaso, que se torna iso ou hipodenso após a primeira semana. Dependendo da localização do TSVC, dois sinais radiológicos específicos são descritos: o "sinal do triângulo denso" quando a trombose está localizada no seio sagital superior e o "sinal do cordão denso" quando localizado nas veias corticais e profundas[8].

No entanto, esses sinais são raramente descritos, uma vez que a TC sem contraste intravenoso tem baixa sensibilidade, resultando positivo em apenas 30% dos pacientes com TSVC[9]. A adição de agente de contraste aumenta a sensibilidade para 99% para trombose sinusal e 88% para trombose venosa, valores semelhantes aos obtidos com ressonância magnética (RM)[10-11]. Na presença do contraste intravenoso, um sinal radiológico específico encontrato é o "sinal do delta vazio", um defeito de enchimento no meio do lúmen venoso com contraste periférico[1].

É importante destacar que uma TC sem contraste nunca é suficiente para descartar a TSCV e, portanto, precisa ser complementada pela venografia por contraste, que permite uma visão tridimensional do sistema venoso semelhante à RM[12], considerada igualmente capaz para o diagnóstico da TSCV2. Além disso, na suspeita de trombose séptica, a TC pode frequentemente ser superior à RM na avaliação de estruturas ósseas adjacentes aos seios venosos[2].

As vantagens da TC são a disponibilidade em emergência e a capacidade de evidenciar a presença de complicações locais associadas à TSVC, como hemorragia subaracnóidea ou intraparenquimatosa, ou edema cerebral. As desvantagens são a exposição à radiação ionizante e a necessidade de agente de contraste para aumentar a precisão[1].

A RM é a técnica de imagem padrão de referência para o diagnóstico da TSVC, apesar do fato de que a sensibilidade e a especificidade exatas não são conhecidas, devido à falta de estudos comparativos adequados com a angiografia por cateterismo. A precisão máxima é obtida com a combinação de sequências clássicas de ressonância magnética, capazes de mostrar o trombo, juntamente com a venografia, que pode evidenciar a redução ou ausência de fluxo e, portanto, distinguir seios hipoplásicos, oclusão parcial do seio, trombose das veias cerebrais corticais ou defeitos de enchimento devidos a gra-

nulações aracnóides hiperplásicas[13-15]. As vantagens da ressonância magnética são a ausência de exposição à radiação e a ausência de agente de contraste intravenoso e a capacidade de estabelecer a idade do coágulo[1].

Atualmente, a angiografia por cateter, o antigo padrão-ouro para diagnóstico, é necessária em casos específicos e deve ser considerada apenas naqueles com resultados inconclusivos de RM ou TC, suspeita de malformação vascular, como fístula dural, ou quando a terapia endovascular é planejada. Por fim, o ultrassom transcraniano com contraste, embora útil em alguns casos, não foi estabelecido como uma ferramenta de diagnóstico na TSVC e requer muita experiência do examinador[2].

Em resumo, enquanto a RM é o método mais sensível para visualizar sequelas parenquimatosas e/ou hemorrágicas da TSVC, tanto a venografia por RM quanto a venografia por contraste (VTC) são métodos quase equivalentes para detectar obstrução das estruturas venosas intracranianas. Como pode ser realizada de maneira fácil e rápida, mesmo em pacientes gravemente afetados, a CTV é a primeira opção de diagnóstico em muitos casos. No entanto, em pacientes jovens ou grávidas e naquelas com insuficiência renal significativa, a RM é o método de escolha. A angiografia por cateter deve sempre ser considerada para pacientes com TC e RM inconclusiva ou para candidatos submetidos a procedimentos endovasculares.

REFERÊNCIAS

1. Li H, Cui L, Chen Z, Chen Y. Risk factors for early-onset seizures in patients with cerebral venous sinus thrombosis: A meta-analysis of observational studies. Seizure. 2019 Nov;72: 33-9.
2. Koennecke HC. Cerebral venous thrombosis in adults. Vasa. 2019 Nov; 48(6): 473-82.
3. Ferro JM, Canhão P, Stam J, Bousser MG, Barinagarrementeria F, ISCVT Investigators. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). Stroke. 2004 Mar; 35(3): 664-70.
4. de Bruijn SF, Stam J, Kappelle LJ. Thunderclap headache as first symptom of cerebral venous sinus thrombosis. CVST Study Group. Lancet. 1996 Dec 14; 348(9042):1623-5.
5. Coutinho JM, Stam J, Canhão P, Barinagarrementeria F, Bousser MG, Ferro JM; ISCVT Investigators. Cerebral venous thrombosis in the absence of headache. Stroke. 2015 Jan; 46(1): 245-7.
6. Vestergaard K, Andersen G, Nielsen MI, Jensen TS. Headache in stroke. Stroke. 1993 Nov; 24(11): 1621-4.
7. Davoudi V, Keyhanian K, Saadatnia M. Risk factors for remote seizure development in patients with cerebral vein and dural sinus thrombosis. Seizure. 2014 Feb; 23(2): 135-9.
8. Stam J. Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. N Engl J Med 2005; 352: 1791-8.
9. Leach JL, Fortuna RB, Jones BV, Gaskill-Shipley MF. Imaging of cerebral venous thrombosis: current techniques, spectrum of findings, and diagnostic Pitfalls1. Radiographics 2006; 26: S19-41.
10. Linn J, Ertl-Wagner B, Seelos KC, Strupp M, Reiser M, Brückmann H, et al. Diagnostic value of multidetector-row CT angiography in the evaluation of thrombosis of the cerebral venous sinuses. AJNR Am J Neuroradiol. 2007 May; 28(5): 946-52.
11. Agrawal K, Burger K, Rothrock JF. Cerebral Sinus Thrombosis. Headache. 2016 Sep; 56(8): 1380-9.
12. Coutinho JM, van den Berg R, Zuurbier SM, VanBavel E, Troost D, Majoie CB, et al. Small juxtacortical hemorrhages in cerebral venous thrombosis. Ann Neurol. 2014 Jun; 75(6): 908-16.
13. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD Jr, Bushnell CD, Cucchiara B, Cushman M, et al. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2011 Apr; 42(4): 1158-92.
14. Bonneville F. Imaging of cerebral venous thrombosis. Diagn Interv Imaging. 2014 Dec; 95(12): 1145-50.
15. Weimar C. Diagnosis and treatment of cerebral venous and sinus thrombosis. Curr Neurol Neurosci Rep 2014; 14: 417.

VIAS BILIARES EXTRA-HEPÁTICAS E TRÍGONO CISTOHEPÁTICO: ESTUDO ANATOMOTOPOGRÁFICO

EXTRAHEPATIC BILIARY SYSTEM AND THE CYSTOHEPATIC TRIANGLE: ANATOMOTOPOGRAPHIC STUDY

Fernando Augusto Pacífico[1], Débora Cristina Vieira dos Santos[2], Nicole Sotero Melo[2], Felipe Diego Santos Fonsêca[2], Nelson Lima Neto[3], Gilberto Cunha de Sousa Filho[4]

[1] Professor da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO | [2] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda – FMO | [3] Médico, Clínico Geral, do Hospital João Ribeiro de Albuquerque, Itapissuma-PE | [4] Professor do Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

RESUMO

Introdução: O trígono cistepático (triângulo de Calot) é um espaço anatômico delimitado pelo ducto hepático comum, o ducto cístico e a borda inferior do fígado. A importância desse marco anatômico é indiscutível para a realização da colecistectomia. **Relato do caso:** Foi realizada a dissecação da região abdominal de um cadáver do sexo masculino, seguida pela dissecação do pedículo hepático para individualização das estruturas estudadas. Observou-se que a junção hepatocística se deu a uma distância de 2,6 cm em relação ao hilo hepático, bem como a junção do ducto cístico se fez à direita do ducto hepático. Em relação às estruturas encontradas no trígono cisto hepático, observou-se que este era ocupado pela veia porta-hepática posteriormente e pela artéria cística e artéria hepática direita anteriormente. **Comentários:** Na cirurgia videolaparoscópica é imprescindível o conhecimento detalhado da anatomia topográfica do abdômen, em específico, das vias biliares extra-hepáticas, bem como suas variações anatômicas para evitar complicações durante o procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: Anatomia; Ductos Biliares; Colecistectomia; Variação Anatômica; Cadáver.

ABSTRACT

Introduction: The chromatic triangle (calot triangle) is an anatomical space bounded by the common hepatic duct, or cystic duct and a lower border of the liver. An importance of this anatomical landmark is indisputable for the performance of cholecystectomy. **Case report:** Dissection of the abdominal region of a male cadaver was performed, followed by dissection of the hepatic pedicle to individualize the studied structures. He observed that a hepatic-cystic junction gave a distance of 2.6 cm in relation to the hepatic hilum, as well as a junction of the cystic duct was made to the right of the hepatic duct. Regarding the structures shown in the cysthepatic trigone, if the trigone was occupied by the posterior hepatic vein and by the anterior cystic and hepatic artery previously. **Comments:** Videolaparoscopic surgery is essential or detailed knowledge of the topographic anatomy of the abdomen, in particular, of extrahepatic biliary tract, as well as its possible anatomical features to avoid complications during the medical procedure.

Keywords: Anatomy, Bile Ducts, Cholecystectomy, Anatomic Variation, Cadaver.

INTRODUÇÃO

Na cirurgia videolaparoscópica é imprescindível o conhecimento detalhado da anatomia topográfica do abdômen, em específico, das vias biliares extra-hepáticas, bem como suas variações anatômicas para evitar complicações durante o procedimento cirúrgico[1].

O trígono cistepático (triângulo de Calot) é um espaço anatômico delimitado pelo ducto hepático comum, o ducto cístico e a borda inferior do fígado. A importância desse marco anatômico é indiscutível para a realização da colecistectomia, que consiste na ligadura da artéria cística e do ducto cístico para a posterior remoção da vesícula biliar[1,2].

Com isso, o presente estudo tem como objetivo descrever as características anatômicas do triângulo cistohepático em cadáver humano enfocando sua importância para a prática cirúrgica.

RELATO DE CASO

O presente estudo foi realizado no Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco. Foi efetuada a dissecação da região abdominal de um cadáver do sexo masculino, fixado em formalina a 10%, seguida pela dissecação do pedículo hepático para individualização das estruturas estudadas.

Para realizar a morfometria, foi utilizado paquímetro digital e foram mensurados o comprimento do duto colédoco, do ducto cístico e da junção hepatocística até o hilo hepático (Figura 1). Observou-se que a junção hepatocística se deu a uma distância de 2,6 cm em relação ao hilo hepático, bem como a junção do ducto cístico se fez à direita do ducto hepático, como demonstrado na Figura 1. Não foram observados a presença de ductos acessórios.

Em relação às estruturas encontradas no trígono cisto hepático, observou-se que o trígono era ocupado pela artéria cística e artéria hepática direita anteriormente (Figura 2) e pela veia porta-hepática posteriormente. O comprimento do ducto colédoco e do ducto cístico foi respectivamente de 2,6 e 1,0 cm, como se observa na Figura 1.

O ducto cístico apresentou uma forma retilínea. A vesícula biliar posicionou-se na porção ínfero-anterior do fígado, com presença do infundíbulo (bolsa de Hartmann).

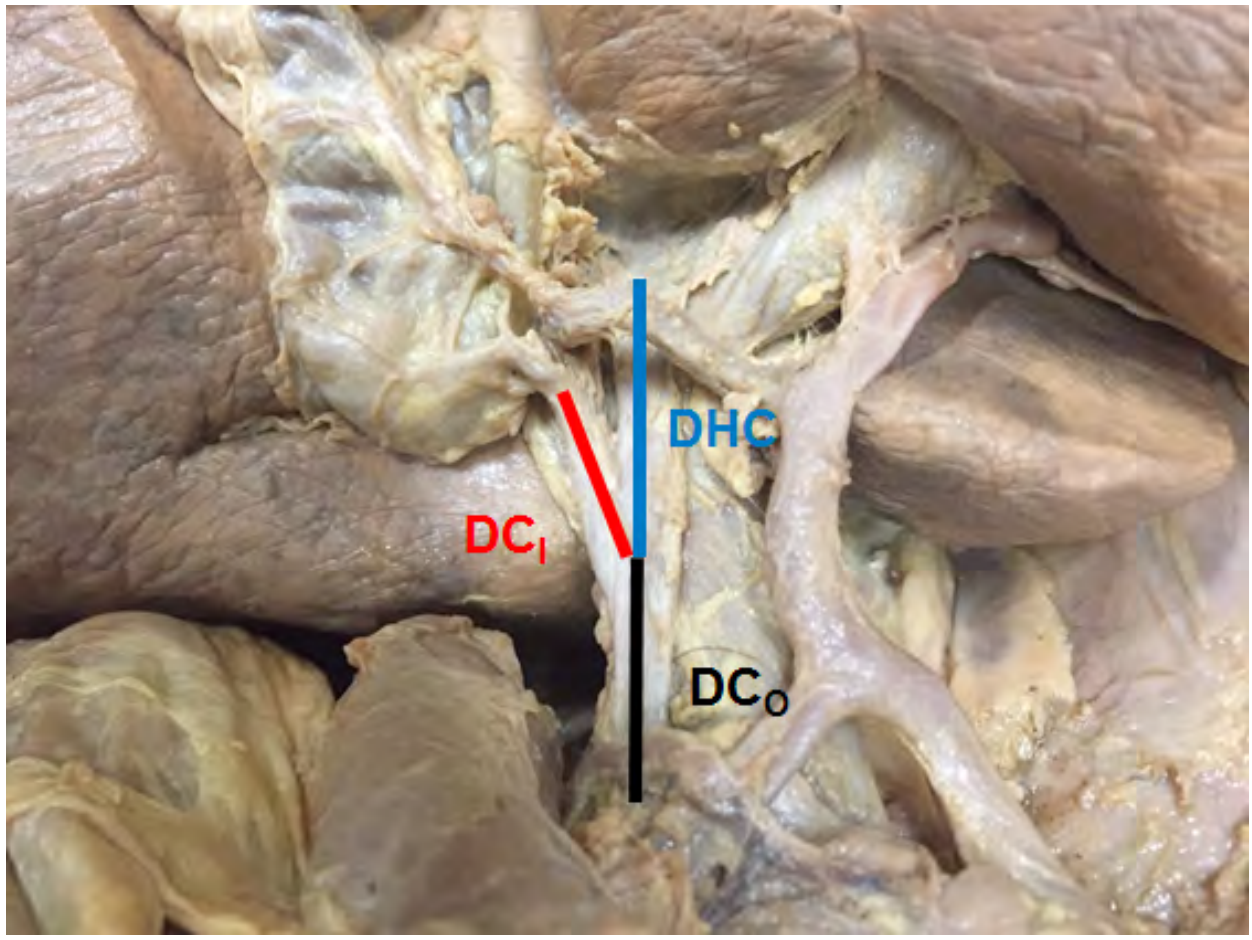


Figura 1. Mensurações no Triângulo Cistohepático (Triângulo de Calot). Legenda: Ducto cístico (DCI): 1,0 cm (retilíneo), Ducto colédoco (DCO): 2,6 cm e Ducto hepático comum (DHC): 2,6 cm.

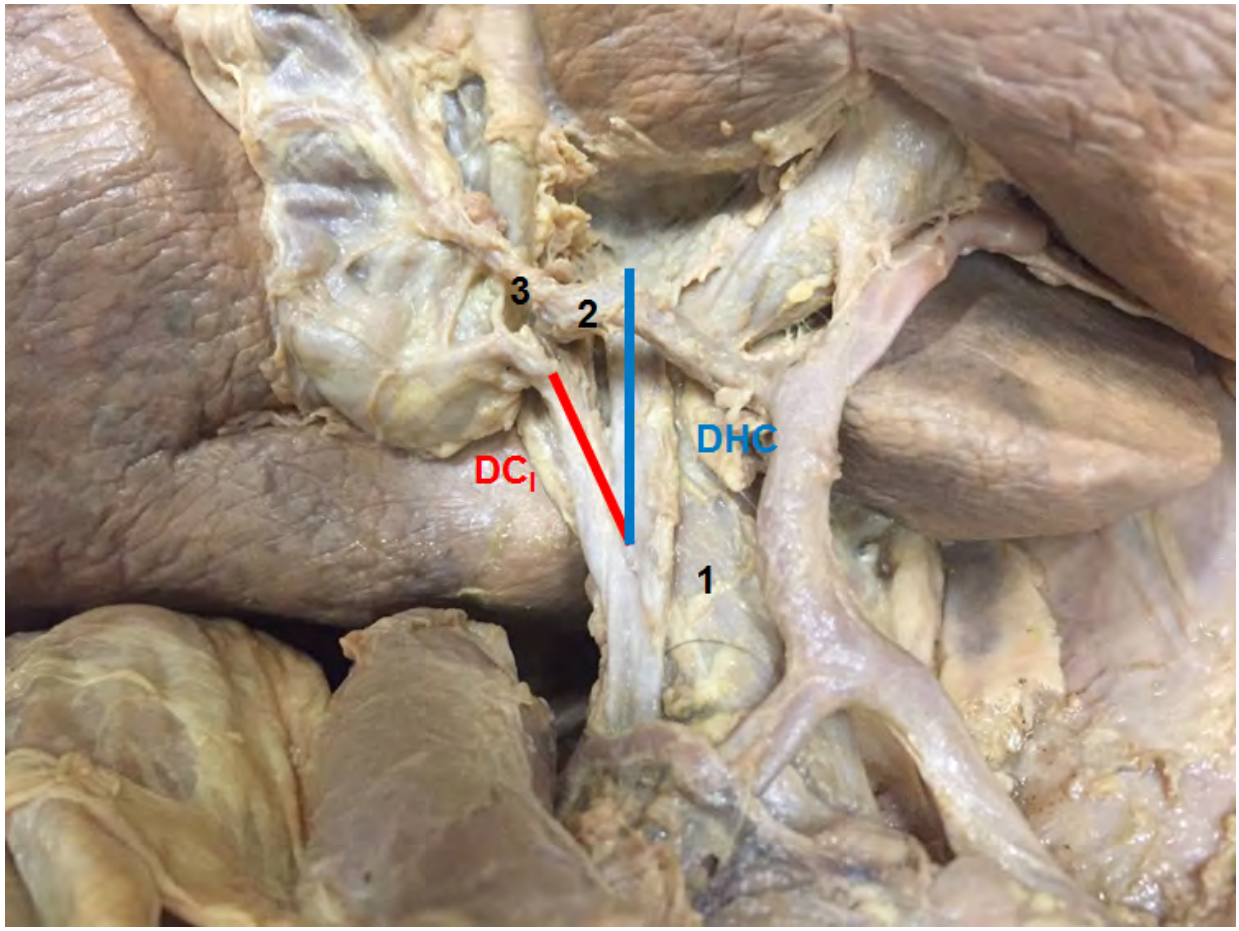


Figura 2. Conteúdo do Triângulo Cistohepático (Triângulo de Calot). Veia porta-hepática (1), Artéria hepática direita (2) e artéria císticas (3). Legenda: Ducto cístico (DCI), Ducto hepático comum (DHC).

COMENTÁRIOS

Observou-se que a junção hepatocística se deu a uma distância de 2,6 cm em relação ao hilo hepático, bem como a junção do ducto cístico se fez à direita do ducto hepático. O presente achado corrobora com um estudo anatômico no qual em 94% dos casos, a junção dos ductos hepático comum e cístico ocorria aproximadamente 2,92 cm em relação ao hilo hepático[1].

Há indícios de que, quando a junção hepatocística se faz ao nível muito baixo, pode causar estagnação da bile e seu refluxo para o pâncreas3, bem como ocasionais complicações, como a formação de cálculos, Síndrome de Mirizzi e neoplasia da vesícula biliar[1].

Em diversos estudos, a união do ducto cístico ao ducto colédoco se dá de forma mais prevalente à sua direita[1,4], como ocorreu no presente estudo. Outras pesquisas relataram que essa mesma união pode se dar em situações posteriores[3,5], bem como em situações anterior e posterior[1].

O comprimento do ducto colédoco e do ducto cístico foi respectivamente de 2,6 e 1,0 cm. No que se refere a dimensão do ducto cístico, foi observado um menor comprimento quando comparado aos valores encontrados nas literaturas que relatam valores maiores1. Segundo alguns estudos, um maior comprimento do ducto cístico está relacionado à formação de litíase[3,6,7].

Uma das causas de lesões das vias biliares está relacionada à união do ducto cístico com o ducto hepático comum, uma vez que se pode confundir o ducto colédoco com um ducto cístico largo, causando a lesão do ducto colédoco[8].

No presente estudo, o ducto cístico apresentou uma forma retilínea. Este achado corrobora um estudo no qual 54% da amostra apresentava forma retilínea, enquanto 46% apresentava uma forma espiroide[1]. Variações anatômicas, como ductos císticos aberrantes e condutos biliares, que saem diretamente do lobo hepático direito para a vesícula biliar, podem ser causas de problemas pós-operatórios, sendo descritas como responsáveis pelo extravasamento de bile após colecistectomia[8].

Nesta pesquisa a vesícula biliar posicionou-se na porção ínfero-anterior do fígado, corroborando um estudo no qual em 52% dos casos a vesícula biliar se situava na região descrita1, no entanto, há um estudo em que o fundo da vesícula biliar encontrava-se na região ínfero-posterior do fígado9, ou em sinistroposição[10]. Outras variações são descritas como a ausência congênita de vesícula biliar e de ducto cístico[11], bem como a vesícula biliar dupla[12].

É importante destacar que nos casos de vesícula biliar dupla, o diagnóstico deve ser estabelecido durante o procedimento cirúrgico para exclusão da ocorrência de lesão da via biliar principal, havendo a necessidade de o cirurgião realizar colangiografia intra-operatória para certificar-se da integridade da via biliar principal, bem como o exame da vesícula ao fim do procedimento é crucial para estabelecer o diagnóstico de certeza[13].

Em 20% a 30% das colecistectomias ocorrem a perfuração da vesícula biliar com extravasamento de cálculos e da bile. Em alguns desses casos, um ou mais cálculos não são recuperados e podem permanecer na cavidade abdominal, com apresentação clínica que pode incluir ainda granulomas, obstrução intestinal e migração de cálculos para outras regiões[14].

Em relação às estruturas mais prevalentes encontradas no trígono cisto hepático, estudos[1,15] referem à artéria cística e à artéria hepática comum com frequências entre 56% a 90% e 34% a 82%, respectivamente, enquanto que a veia porta-hepática foi descrita com uma frequência de 36%1. Há de se destacar que a não identificação destas estruturas pode causar lesões graves nas cirurgias videolaparoscópicas8.

Um estudo que investigou as principais complicações que podem ocorrer na cirurgia videolaparoscópica da vesícula biliar e das vias biliares extra-hepáticas dividiu em dois os principais motivos dessas complicações, sendo o primeiro a inexperiência dos cirurgiões com o método laparoscópico (curva de aprendizado), enquanto o segundo está relacionado às variações anatômicas com as quais os cirurgiões, mesmo os mais experientes, podem se deparar[8].

Com isso, ressalta-se que a topografia das vias biliares extra-hepáticas apresenta uma gama de variações, exigindo do cirurgião um conhecimento minucioso da região, visando desta forma reduzir as lesões iatrogênicas.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcanti JS, Oliveira EL, Santos LPF, Godoi ETA, Oliveira CLA, Lins APS, et al. Estudo anatomotopográfico das vias biliares extra hepáticas e do trígono cistohepático. Acta Cirurgica Brasileira 2002; 17(1), 30-5.
2. Cachoeira E, Rivas A, Gabrielli C. Anatomic variations of extrahepatic bile ducts and evaluation of the length of ducts composing the cystohepatic triangle. Int. J. Morphol 2012; 30(1): 279-83.
3. Uetsuji S, Okuda Y, Komada H, Yamamura M, Kamiyama Y. Clinical evaluation of a low junction of the cystic duct. Scand J Gastroenterol 1993 Jan; 28(1): 85-8.
4. Yoshida J, Chijiiwa K, Yamaguchi K, Yokohata K, Tanaka M. Practical classification of the branching types of the biliary tree: an analysis of 1,094 consecutive direct cholangiograms. J Am Coll Surg 1996 Jan; 182(1): 37-40.
5. Haga T, Uchimura F. Cystic duct anatomy on DIC-helical CT. Nipon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi 1996; 55(11): 776-8.
6. Caroli-Bosc FX, Dermarquay JF, Conio M, Hastier S, Bellon R, Dumas JP. Is billiary lithogenesis affected by the length of the cystic duct? Scand J Gastroenterol 1996; 110 (4): 450.
7. Taourel P, Bret PM, Reinhold C, Barkun AN, Atri M. Anatomic variants of the biliary tree: diagnosis with MR cholangiopancreatography Radiology 1996 May; 199(2):521-7.
8. Salim MT, Cutait R. Complicações da cirurgia videolaparoscópica no tratamento de doenças da vesícula e vias biliares. ABCD, arq bras cir dig 2008; 21(4): 153-7.
9. Hashmonai M, Kopelman D. An anomaly of the extrahepatic biliary system. Arch Surg 1995; 130: 673-5.
10. Idu M, Jakimowicz J, Inppa A, Cuschirri A. Hepatobiliary anatomy in patients with transposition of the gallbladder: implications for safe laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1996; 83(10): 1442-3.
11. Caballero MAC, Olmo JCM, Alvarez JIB, Sanchez RA. Gallbladder and cystic duct absence: an infrequent malformation in laparoscopic surgery. Surg Endosc 1997; 11(5): 483-4.
12. Moore KL. Anatomia orientada para a clínica. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1990.
13. Coelho JCU, Gonçalves CG, Mello DF. Colecistectomia laparoscópica em um paciente com ducto cístico duplo. Rev Col Bras Cir 2003; 30(6): 486-8.
14. Coelho JCU, Júnior AAAML. Abscesso intrabdominal tardio pós colecistectomia laparoscópica. Rev Col Bras Cir 2003; 30(2): 160-2.
15. Hollinshead WH, Rosse C. Anatomia. 4ed. Rio de Janeiro: Interlivros; 1991.

OBESIDADE E COVID-19: O "CASAMENTO MORTAL" PARA ADULTOS?

OBESITY AND COVID-19: THE "MORTAL MARRIAGE" FOR ADULTS?

Heziel Lima de Almeida Júnior[1], Gabriel Rodrigues da Costa[1], Maira Nóbrega[2]

[1] Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO) e membros da Liga Acadêmica de Endocrinologia e Metabologia de Pernambuco (LAEMPE) | [2] Médica endocrinologista, Coordenadora da Comissão de residência Médica e da residência de Clínica Médica da FMO, Mestranda em Educação em saúde, Coorientadora da LAEMPE

RESUMO

Objetivo: Realização de uma revisão sistemática que aborda a associação entre o aumento da mortalidade por COVID-19 relacionada à obesidade. **Métodos:** Foi desenvolvida uma revisão sistemática a partir das bases de dados PubMed, BIREME e LILACS, via descritores DeCS/MeSH, incluindo estudos que abordassem a temática mortalidade por COVID-19 relacionada à obesidade. Os idiomas utilizados foram inglês, português e espanhol. O levantamento bibliográfico foi realizado no período entre dezembro de 2019 e setembro de 2020. **Resultados:** Do total de artigos selecionados, 5 atenderam aos critérios de inclusão, porém, dentre eles, 2 não apresentaram significância ($p > 0,05$), sendo um para IMC ≥ 30 e o outro para IMC ≥ 40. Em populações de adultos, a relação de incremento da mortalidade associado ou não à obesidade teve significância em 2 estudos direto para IMC > 30 ($p = 0,0046$) e IMC ≥ 35 ($p = 0,030$), corroborados por dados de mortalidade para IMC ≥ 40 ($p = 0,02$) e maior admissão na UTI com IMC ≥ 35 ($p < 0,0001$) e IMC 30–34 ($p = 0,006$). **Conclusão:** Definiu-se que há uma correlação entre obesidade e o aumento da mortalidade na infecção por COVID-19, reforçando a relevância do adequado tratamento dessa doença crônica na prevenção de formas graves de COVID-19.

Palavras-chave: Obesidade. COVID-19. Mortalidade. Hospitalização.

ABSTRACT

Objective: Conduct a systematic review that addresses the association between increased mortality from COVID-19 related to obesity. **Methods:** A systematic review was developed from the databases, PubMed, BIREME and LILACS, via the DeCS / MeSH descriptors; including studies addressing obesity-related COVID-19 mortality. Using English, Portuguese and Spanish. The bibliographic survey was carried out in the period between December 2019 and September 2020. **Results:** Of the total number of articles selected, 5 met the inclusion criteria, and in 2 there was no significance ($p>0.05$), one for BMI ≥ 30 and the other for BMI ≥ 40. In adults, the ratio of increment of mortality associated or not with obesity was significant, in 2 direct studies for BMI > 30 ($p=0.0046$) and BMI ≥ 35 ($p=0.030$) being corroborated by mortality data for BMI ≥ 40 ($p =0.02$) and higher admission to the ICU BMI ≥ 35 ($p<0.0001$) and BMI 30-34 ($p= 0.006$). **Conclusion:** It was defined that there is a correlation between obesity and increased mortality from infection by COVID-19, reinforcing the adequate treatment of this important chronic disease in the prevention of severe forms of COVID-19.

Keywords: Obesity. COVID-19. Mortality. Hospitalization.

INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, foi reportado à Organização Mundial de Saúde (OMS) o primeiro caso confirmado de coronavírus SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, pelas autoridades chinesas, em Wuhan, na província de Hubei, China. Menos de 4 meses depois, em 12 de março de 2020, a OMS decretou estado de pandemia pelo vírus.[1]

Especialistas detectaram a síndrome clínica causada pelo vírus, que se manifesta principalmente como uma doença respiratória com alta transmissibilidade, patogenicidade, morbidade e mortalidade.[2,3] A COVID-19 resulta em uma infecção respiratória caracterizada por leves a graves sintomas, como tosse seca, febre e dispneia, que podem aparecer em média 14 dias após a exposição ao vírus.1 Estudos identificaram comorbidades que podem estar associadas a piores resultados, incluindo diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, malignidade e doença hepática crônica.[2,3]

A obesidade foi identificada anteriormente como um fator de risco para a gravidade em doenças virais. Durante o surto de H1N1, em 2009, várias investigações identificaram que indivíduos com obesidade eram os mais admitidos para tratamento com uso de ventilação mecânica. Além disso, elas também mostraram maior índice de mortalidade nesse grupo. Esse efeito desproporcional da doença viral em pacientes obesos indica um fator de risco potencial que precisa ser melhor investigado devido ao surto de COVID-19.[4,5]

MÉTODOS

Como estratégia de pesquisa da revisão sistemática, o levantamento bibliográfico foi realizado a partir das seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine/National Institutes of Health (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME), via Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). A busca foi feita no período de dezembro de 2019 a setembro de 2020. Os descritores usados foram: Obesidade, COVID-19, Mortalidade e Hospitalização.

Como critérios de seleção, incluíram-se os estudos que abordavam a temática da mortalidade por COVID-19 relacionada à obesidade. Foram utilizados os idiomas inglês, português e espanhol no decorrer da pesquisa. Adotou-se como filtro nas bases de dados "adulto jovem: 19–24", mas não foram excluídos artigos com idade média superior. Já como critérios de exclusão, foram desconsiderados estudos que abordavam a mortalidade por COVID-19 com outras patologias, sem associação com a obesidade.

Na análise, os artigos encontrados nas diferentes bases de dados foram selecionados em três etapas: na primeira, realizada por meio do cruzamento entre os descritores, foram feitas as leituras dos títulos dos estudos encontrados. Em seguida, foram excluídos aqueles que, claramente, não se enquadravam nos critérios supracitados e os casos nos quais os títulos causavam dúvidas ou eram pouco esclarecedores. Na segunda etapa, foi feita a leitura dos resumos dos estudos selecionados e excluíram-se os que não se adequavam aos critérios anteriormente expostos. Por fim, na terceira etapa, os textos dos artigos restantes foram lidos na íntegra para averiguar a possibilidade de inclusão nesta revisão, além dos artigos inseridos de maneira intencional pelos autores para definição de conceito.

Na base de dados PubMed, ao cruzar os descritores, foram encontrados 10 artigos, dos quais 2 foram excluídos pelo título; foram lidos os 8 resumos, e, dentre eles, descartados 5, restando então 3 artigos. Quanto à BVS-BIREME (via descritores DeCS/MeSH), foram encontrados 5 artigos, que também constavam na plataforma PubMed. Já a base de dados LILACS, após cruzamento entre os descritores, não apresentou artigo; portanto, não há estudos dessa fonte de pesquisa nesta revisão. Assim, com mais 2 artigos do PubMed incluídos propositadamente, este trabalho teve como base de dados 5 artigos.

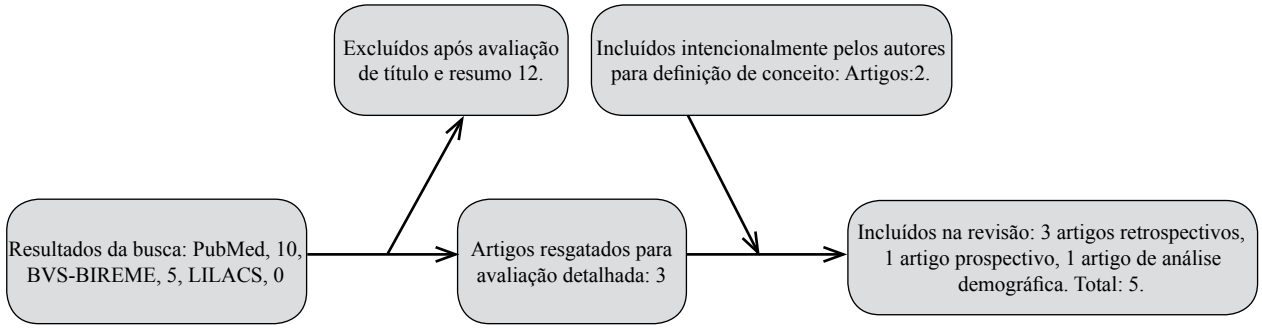


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos para esta revisão.

RESULTADOS

No quadro 1, encontram-se as principais informações de cada um dos 5 artigos selecionados. Steinberg E. et al. (2020) analisou a mortalidade em pacientes que testaram positivo para SARS-CoV-2 no teste da polimerase de transcrição reversa em tempo real - reação em cadeia via swab nasofaríngeo, com idades entre 18 e 45 anos.

O estudo de coorte retrospectivo foi realizado em dois locais: um centro médico de alto volume, urbano, centro acadêmico e um hospital comunitário suburbano afiliado. Cada gráfico foi revisado por, pelo menos, dois investigadores e pelos três investigadores principais do estudo, a fim de avaliar se todos concordavam. Embora nenhum desses três estivesse alheio à hipótese do estudo, os elementos de interesse foram claramente definidos e objetivos para mitigar qualquer ambiguidade de interpretação. Foram incluídos 210 prontuários de pacientes. Também foram gravados dados demográficos (idade, sexo, IMC) e a presença ou ausência de três resultados primários: mortalidade intra-hospitalar, necessidade para ventilação mecânica invasiva e admissão ao hospital.[4]

Os pacientes que foram a óbito tinham um IMC médio de 37,97 (+/- 7,27) em comparação ao de 29,75 (+/- 6,21) daqueles que estavam vivos no final do período de estudo. O resultado primário foi significativamente associado a um IMC > 30 (mortalidade p = 0,0046). Concluiu-se que a obesidade parece ser um fator de risco independente para resultados ruins em pacientes jovens com COVID-19.4

Em outro artigo selecionado, Cumming M.J. et al. (2020) realizaram estudo de coorte observacional prospectivo em dois hospitais presbiterianos de Nova Iorque afiliados ao Centro Médico da Universidade de Columbia Irving, no norte de Manhattan.

Foram identificados prospectivamente pacientes adultos (com idade ≥ 18 anos) admitidos em ambos os hospitais, de 2 de março a 1º de abril de 2020, diagnosticados com COVID-19 confirmada por laboratório e que estavam gravemente enfermos com insuficiência respiratória hipoxêmica aguda. Foi feito o teste laboratorial para infecção por SARS-CoV-2 usando RT-PCR de amostras de swab nasofaríngeo ou orofaríngeo, realizado pelo Departamento de Saúde do Estado de Nova Iorque, de 2 a 10 de março de 2020.

Entre 2 de março e 1º de abril de 2020, 1.150 adultos foram internados em ambos os hospitais com COVID-19 confirmada por laboratório; dentre eles, 257 (22%) estavam gravemente doentes. O período médio de observação após a admissão hospitalar foi de 19 dias. A idade média dos pacientes era de 62 anos. Dos criticamente enfermos, 119 (46%) tinham obesidade (definida como IMC ≥ 30). Ao final, o estudo identificou que a obesidade grave (IMC ≥ 40) não é um fator de risco independente para mortalidade.

O terceiro trabalho foi realizado no Sistema de Saúde Phoebe Putney, o maior sistema de saúde comunitário no sudeste da Georgia, que atende a mais de meio milhão de pessoas. Os pacientes foram internados entre 2 e 6 de maio de 2020, e todos haviam sido confirmados como positivos para COVID-19 por swab nasofaríngeo, usando o teste da reação em cadeia da polimerase. Foram incluídos nessa análise 522 pacientes e a idade média foi de 63 anos, sendo 58,2% mulheres e 66,5% portadores de obesidade (n = 347).[7]

A obesidade mórbida estava presente em 25,6% dos pacientes. Dos 522 pacientes, 92 não sobreviveram (17,6%) e 430 tiveram alta com vida (82,4%). A obesidade com IMC entre 30 e 40 teve um p = 0,21, estatisticamente irrelevante; a obesida-

de mórbida IMC ≥ 40 teve um p = 0,02, relevante, e assim considerada preditora independente para mortalidade intra-hospitalar.[7]O quarto estudo, Lighter J, *et al*, 2020, foi uma análise retrospectiva do índice de massa corporal (IMC) estratificado pela idade em pacientes sintomáticos COVID-19-positivos que se apresentaram a um grande sistema hospitalar acadêmico na cidade de Nova York, com reação em cadeia da polimerase positiva para COVID-19 durante 3 de março a 4 de abril de 2020. Os cuidados críticos foram definidos com base no estado de acomodação de terapia intensiva ou na documentação do ventilador invasivo no prontuário eletrônico.[8]

O quarto estudo, de Lighter J. et al. (2020), foi uma análise retrospectiva do IMC estratificado pela idade em pacientes sintomáticos com COVID-19 que se apresentaram a um grande sistema hospitalar acadêmico na cidade de Nova Iorque, com reação em cadeia da polimerase positiva para COVID-19 no período de 3 de março a 4 de abril de 2020. Os cuidados críticos foram definidos com base no estado de acomodação de terapia intensiva ou na documentação do ventilador invasivo no prontuário eletrônico.8

Dos 3.615 indivíduos que testaram positivo para COVID-19, 775 (21%) tinham um IMC entre 30 e 34 e 595 (16% da coorte total) tinham um IMC ≥ 35. Ao todo, 1.853 (51%) eram pacientes que receberam alta da emergência, 1.331 (37%) foram internados no hospital em tratamento agudo e 431 (12%) foram internados diretamente ou transferidos para a unidade de terapia intensiva durante a admissão.[8]

Pacientes com idade inferior a 60 anos com IMC entre 30 e 34 tiveram 2,0 vezes de serem admitidos por casos agudos (p < 0,0001) e 1,8 vez mais probabilidade de serem admitidos em cuidados intensivos (p = 0,006), em comparação a indivíduos com IMC < 30. Da mesma forma, pacientes com IMC ≥ 35 e com idade inferior a 60 anos tiveram 2,2 (p < 0,0001) e 3,6 (p < 0,0001) vezes mais probabilidade de ser internados em cuidados agudos e críticos, respectivamente, do que pacientes na mesma faixa etária que tinham IMC < 30. Com isso, o estudo demonstra que a obesidade em pessoas menores de 60 anos é um fator de risco epidemiológico recém-identificado que pode contribuir para o aumento das taxas de morbidade experimentadas nos Estados Unidos.[8]

O quinto estudo, Palaiodimos L. et al. (2020), é um coorte retrospectivo que foi conduzido no Centro Médico de Montefiore, uma instituição acadêmica terciária no Bronx, Nova Iorque. Foram incluídos os primeiros 200 pacientes que compareceram ao pronto-socorro e foram admitidos no serviço de internação médica ou na unidade de terapia intensiva, com COVID-19 confirmada por laboratório. Eles foram acompanhados por três semanas após sua admissão no hospital. A admissão do 1º paciente ocorreu em 9 de março de 2020; do 200º aconteceu em 22 de março de 2020. O acompanhamento durou 3 semanas, encerrando em 12 de abril de 2020.[9]

Os pacientes foram classificados em três grupos com base no IMC, a saber: IMC < 25, IMC 25–34 e IMC ≥ 35, de acordo com a avaliação de IMC mais recente, antes ou durante a admissão. A obesidade grave foi definida como IMC ≥ 35. Foi utilizado um modelo de regressão logística para identificar as variáveis basais associadas à mortalidade intra-hospitalar, intubação e aumento das necessidades de oxigênio. O IMC 25–34 foi usado como referência para comparações dicotômicas com pacientes com obesidade grave (IMC ≥ 35). A idade média de toda a coorte foi de 64 (50–73,5) anos.[9]

No total, 24% dos pacientes em estudo morreram durante a hospitalização, com taxas mais altas entre os indivíduos com obesidade grave (IMC < 25: 31,6%; IMC 25–34: 17,2%; IMC ≥ 35: 34,8 %, p = 0,030). Houve ainda um crescimento da necessidade de oxigênio em pacientes com IMC ≥ 35 (p = 0,004). Da mesma forma, os pacientes com obesidade grave eram mais propensos a serem submetidos à intubação (IMC < 25: 18,4%; IMC 25–34: 16,4%; IMC ≥ 35: 34,8%, p = 0,032).

Para os achados do estudo, a obesidade grave (IMC ≥ 35) é um fator significativo independente para mortalidade, necessidade de intubação e de oxigênio durante a hospitalização de pacientes com COVID-19.[9]

Autor/ano	Tamanho da amostra	Avaliação do procedimento estudado	Valor de p individualizado/ univariável HR* (95% IC)
Cumming M.J. *et al.* (2020)	257	Maior mortalidade com IMC ≥ 40	HR = 0,76
Steinberg E. *et al.* (2020)	210	Maior mortalidade com IMC > 30	p = 0,0046
Shah P. *et al*. (2020)	522	Maior mortalidade com IMC ≥ 30	p = 0,21
Shah P. *et al*. (2020)	522	Maior mortalidade com IMC ≥ 40	p = 0,02
Lighter J. *et al*. (2020)	3615	Maior admissão na UTI IMC entre 30-34	p = 0,006
Lighter J. *et al*. (2020)	3615	Maior admissão na UTI IMC ≥ 35	p < 0,0001
Palaiodimos L. *et al*. (2020)	200	Maior mortalidade com IMC ≥ 35	p = 0,030

Quadro 1. Estudos selecionados, seus respectivos objetivos e resultados.
*HR= Risco Relativo

DISCUSSÃO

Diante dos resultados obtidos, nota-se a pouquidade de estudos relacionando diretamente a obesidade como fator de risco independente para os índices de mortalidade por COVID-19. Os artigos encontrados eram heterogêneos entre si na metodologia, dificultando a realização de comparações devido às diferentes variáveis e associações. Entretanto, observando os trabalhos, em Palaiodimos L. et al. (2020), Steinberg E. et al. (2020) e Shah P. et al. (2020), houve a associação direta entre o aumento da mortalidade na infecção por COVID-19 com a população de IMC ≥ 35, IMC > 30 e IMC ≥ 40, respectivamente.[4-7-9]

O estudo feito por Lighter J. et al. (2020), com 3.615 pacientes, demonstrou o aumento da admissão na unidade de terapia intensiva entre populações com idade inferior a 60 anos e IMC ≥ 35 ou IMC entre 30 e 34. Palaiodimos L. et al. (2020) também acrescentam o aumento da necessidade de intubação e de oxigênio durante a hospitalização em indivíduos com IMC ≥ 35, o que mostra uma relação com o estudo de Lighter J. et al. no que tange ao agravamento da doença associada ao IMC. Esses resultados são relevantes para a mortalidade por COVID-19, questão levantada anteriormente.[8,9]

O estudo de Cumming M.J. et al. (2020) trouxe várias comorbidades, como a hipertensão, doença cardíaca crônica, doença pulmonar e diabetes, associadas à mortalidade pela infecção, mas configuradas no risco relativo, com HR = 0,76. O HR menor que 1 não caracteriza um fator de risco independente, mas não o caracteriza como agravante irrelevante, visto que está relacionado ao aumento da mortalidade e colabora, em certo grau, para os resultados apontados.[4-6]

A limitação desta revisão sistemática foi a escassez de pesquisas que abordassem o aumento da mortalidade por COVID-19 relacionada exclusivamente à obesidade, pois as pesquisas em geral avaliam um conjunto de comorbidades no qual a obesidade se insere por ter relação de causa e efeito. Assim, é importante que mais estudos sejam realizados e que analisem o impacto da obesidade em pacientes com SARS-CoV-2 quanto ao aumento ou não da mortalidade.

CONCLUSÃO

Definiu-se, portanto, que há uma correlação entre obesidade e o aumento da mortalidade na infecção por SARS-CoV-2. Isso então reforça a importância do adequado tratamento dessa doença crônica na prevenção de formas graves de COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Muscogiuri G, Pugliese G, Barrea L, Savastano S, Colao A. Commentary: Obesity: The "Achilles heel" for COVID-19? Metabolism. 2020; 108:1 54251. doi:10.1016/j.metabol.2020.154251
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. Um novo coronavírus de

pacientes com pneumonia na China, 2019. N Engl J Med. 2020; 382 (8): 727-33.2

3. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Características clínicas dos pacientes infectados com novo coronavírus 2019 em Wuhan, China. Lanceta.2020; 395 (10223): 497-506
4. Steinberg E, Wright E, Kushner B. In Young Adults with COVID-19, Obesity Is Associated with Adverse Outcomes. West J Emerg Med. 2020; 21(4): 752-5. Published 2020 Jun 15. doi:10.5811/westjem.2020.5.47972
5. Dietz W, Santos-Burgoa C. Obesidade e suas implicações para COVID-19 Mortalidade. Obesidade (Silver Spring). 2020; 28 (6): 1005.
6. Cummings MJ, Baldwin MR, Abrams D, Jacobson SD, Meyer BJ, Balough EM, et al. Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. Lancet. 2020 Jun 6; 395(10239): 1763-70. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31189-2. Epub 2020 May 19. PMID: 32442528; PMCID: PMC7237188.
7. Shah P, Owens J, Franklin J, Mehta A, Heymann W, Sewell W, et al. Demographics, comorbidities and outcomes in hospitalized Covid-19 patients in rural southwest Georgia. Ann Med. 2020 Nov; 52(7): 354-60. doi: 10.1080/07853890.2020.1791356. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32620056.
8. Lighter J, Phillips M, Hochman S, Sterling S, Johnson D, Francois F, et al. Obesity in Patients Younger Than 60 Years Is a Risk Factor for COVID-19 Hospital Admission. Clin Infect Dis. 2020 Jul 28; 71(15): 896-7. doi: 10.1093/cid/ciaa415. PMID: 32271368; PMCID: PMC7184372.
9. Palaiodimos L, Kokkinidis DG, Li W, Karamanis D, Ognibene J, Arora S, et al. Severe obesity, increasing age and male sex are independently associated with worse in-hospital outcomes, and higher in-hospital mortality, in a cohort of patients with COVID-19 in the Bronx, New York. Metabolism. 2020 Jul; 108: 154262. doi: 10.1016/j.metabol.2020.154262. Epub 2020 May 16. PMID: 32422233; PMCID: PMC7228874.

A PERÍCIA MÉDICO-LEGAL E OS ACHADOS SUGESTIVOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

FORENSIC MEDICAL EXAMINATION AND INDICATIVE FINDINGS OF SEXUAL VIOLENCE AGAINST WOMEN

Klara Lopes de Queiroz[1], Anna Karolina Cabral Correia de Vasconcelos[1], Alessandra Maria de Luna Ramos[1], Patrícia Ferreira Freire[1], Vannessa de Souza Serralva Rodrigues[1], Luciana Queiroz de Oliveira[2]

[1] Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda – FMO e Membros da Liga Acadêmica de Medicina Legal de Pernambuco | [2] Professora da Faculdade de Medicina de Olinda – FMO e Orientadora da Liga Acadêmica de Medicina Legal de Pernambuco.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A violência sexual contra a mulher possui proporção universal e não configura a violência apenas por meios coercitivos de agressão ao seu corpo: afeta a vítima tanto no aspecto físico quanto no psicológico. Embora esse tipo de violência deixe seus vestígios bem definidos, a maioria dos casos fica sem resolução, pois a vítima, na maioria das vezes, se cala em razão de uma série de motivos, principalmente por temor ao agressor e por sua não responsabilização devido à ausência de provas. Nesse cenário, a perícia realizada em órgão oficial do Estado se torna imperiosa ao auxiliar a justiça na busca pela verdade e na solução desses casos. **OBJETIVO:** Realizar uma revisão narrativa a respeito dos possíveis achados que indicam a ocorrência de uma suposta violência sexual contra a mulher em uma perícia médico-legal. **MÉTODOS:** Foi desenvolvida uma revisão narrativa pautada na análise de 12 artigos publicados nos últimos 10 anos nas bases de dados da biblioteca virtual de saúde LILACS, SCIELO e MEDLINE. Esta revisão versa sobre a perícia sexológica e seus achados indicativos de violência sexual em mulheres pela utilização dos seguintes descritores: perícia sexológica, achados, violência sexual e mulher. **RESULTADOS:** O alto índice de violência sexual contra a mulher é uma questão ainda latente no Brasil, pois a maioria das mulheres insiste em não registrar o ocorrido, seja por receio de que as autoridades não acreditem em sua palavra, vergonha do fato ou por temerem a impunidade do autor do crime. Assim, a perícia médico-legal em casos de estupro se mostra um instrumento comprobatório essencial para a investigação do suspeito. Com ela, é possível reunir os elementos constitutivos do exame de corpo de delito para serem usados a favor da vítima por uma série de exames específicos realizados no instituto de medicina legal, além de proporcionar acolhimento e ensejar abordagem cautelosa, detalhada e paciente em relação à mulher durante todo o procedimento médico. **CONCLUSÃO:** Em suma, percebe-se que não há outro meio de analisar um fato, supostamente de origem criminal, que não seja a partir da avaliação e valoração de prova pericial. Existem achados decisivos para concluir casos de violência sexual na perícia sexológica; dentre eles, destaca-se a coleta de material biológico para análise e identificação genética do suspeito. Assim, um atendimento humanizado, atencioso e detalhado, somado ao maior número de achados possíveis indicativos de violência sexual na vítima para embasar o laudo realizado pelo Perito Médico Legista, possibilita um resgate moral e a segurança jurídica de que ela necessita após o infortuno.

Palavras-chave: Perícia Médico-legal. Violência sexual. Mulher.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Sexual violence against women has a universal proportion and not only idealizes violence by coercive means of aggression against the woman's body, it affects the victim both physically and psychologically. Although, this type of violence leaves its traces well defined, most become unresolved because the victim most of the time is silent due to a number of reasons, highlighting the reason for fear of the aggressor and his non-responsibility for lack of evidence. In this scenario, the expertise carried out in an official state body is imperative in assisting justice in the search for truth and in the resolution of cases involving sexual aggression. **OBJECTIVE:** To carry out a narrative review regarding the possible findings that indi-

cate the occurrence of an alleged sexual violence against women in a Medical-Legal expertise. **METHODS:** A narrative review was developed based on the analysis of 12 articles published in the last 10 years in the database of the Virtual Health Library, LILAC, SCIELO and MEDLINE dealing with sexological expertise and its indicative findings of sexual violence in women, through the use of the descriptors: Sexological expertise, findings, sexual violence and women. **RESULTS:** The high rate of sexual violence against women is still a latent issue in Brazil, because the vast majority of women insist on not recording what happened, either for fear that the authorities will not believe their word, shame, and even for fear of impunity for the offender. In this sense, the medico-legal expertise in cases of rape becomes an essential supporting instrument for the investigation of the suspect in order to bring together the constituent elements of the crime exam to be used in favor of the victim through a series of examinations. specific tests performed at the institute of forensic medicine, in addition to welcoming the victim and a cautious and detailed and patient approach to the woman throughout the examination. **CONCLUSION:** In short, it is perceived that there is no other way to analyze a fact supposedly of criminal origin other than from the assessment and valuation of expert evidence. There are decisive findings to conclude cases of sexual violence in the sexological expertise arising, among them, the collection of biological material for analysis and genetic identification of the suspect. Thus, a humanized, attentive and detailed service, added to the largest number of possible findings indicative of sexual violence in the victim to support the report carried out by the Medical Examiner, allows in addition to a moral rescue, the legal security they need after the misfortune.

Keywords: Medico-legal expertise. Sexual violence. Woman.

INTRODUÇÃO

A violência sexual contra a mulher é um problema de saúde pública que acarreta graves danos biopsicológicos às vítimas.[1] Após o dano físico, moral e mental, as vítimas necessitam de atendimento médico tanto na esfera clínica, em hospitais, quanto na esfera médico-legal. Além disso, devem ainda procurar proteção jurídica, de acordo com o ordenamento jurídico.[1,2]

A legislação brasileira tipifica a conduta do estupro como o ato de "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso".[3,4] Desde 2009, com o advento da reformulação da Lei nº 12.015, o tipo penal passou a ser aplicado também a favor do sexo masculino,[5] porém registros na literatura mostram que as mulheres são as mais afetadas.

O Instituto de Medicina Legal (IML), no Brasil, é o órgão competente e oficial responsável pela emissão de laudo médico-legal em casos de crimes de estupro para auxiliar nas investigações.[6] Nesse sentido, a perícia sexológica tem fundamental relevância para as decisões judiciais; sem ela, muitos casos são prejudicados e o suspeito é liberado por ausência de evidências materiais.[6] Somado a isso, ao longo do tempo, nota-se que o papel que a área da saúde pública desempenha no processo de prevenção desse tipo de violência tem crescido positivamente e ela também tem buscado um melhor acolhimento às vítimas que recorrem ao ambiente hospitalar logo após a agressão.[6] A partir disso, é possível, de certa forma, instruir a mulher a procurar uma delegacia a fim de tomar as ações necessárias, assegurando-lhe, assim, o exame médico pericial no IML.

Tendo em vista que o exame pericial realizado pelo médico legista tem caráter de grande relevância e valor probatório para as decisões judiciais acerca dos crimes contra dignidade sexual, a presente pesquisa visa avaliar os achados frequentes na perícia sexológica que indicam violência sexual contra a mulher, a exemplo da coleta de DNA do autor do crime.[5] Ademais, torna-se mandatório o encaminhamento da mulher para acompanhamento e tratamento com uma equipe multidisciplinar formada por ginecologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras. Dessa forma, podem-se realizar condutas de precauções — como a contracepção de emergência e a prevenção de DST — e promover, a curto e longo prazo, a recuperação física, psicológica e social da vítima, o que inclui a assistência à gestação decorrente de estupro, conforme as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.[1,2]

Portanto, trata-se de uma revisão narrativa que reúne buscas por elementos que podem ser observados durante o exame médico-legal específico para crime sexual, com o intuito de assegurar à vítima maior segurança e observância dos seus direitos. Por conseguinte, isso pode encorajar a mulher

a denunciar o acusado, acarretando diminuição dos índices de casos omissos no país.

A importância desta narrativa justifica-se na análise da relevância da perícia médico-legal, em seus achados para amenizar os efeitos devastadores causados nas esferas física e mental e na soma de novos pontos de vista à temática. Ela também é relevante por reforçar que a ausência da perícia médico-legal coloca essas vítimas em uma situação de maior vulnerabilidade psíquica.

MÉTODOS

A presente revisão narrativa teve como estratégia pesquisas em bases de dados, como a SCIELO, PubMed e LILACS, de artigos científicos publicados entre os anos de 2010 e 2020. A busca foi realizada mediante os seguintes descritores: perícia sexológica, achados, violência e mulher.

Os idiomas utilizados na pesquisa foram inglês, português e espanhol. A delimitação de critérios de seleção consistiu em temas que versassem sobre a temática da violência sexual contra a mulher, a perícia médico-legal, achados sugestivos de violação sexual e legislação vigente. Foram usados ainda livros de autores renomados no país e o manual do Ministério da Saúde para embasar o conteúdo teórico desenvolvido e realizar um aprofundamento acerca da temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns estudos realizados no Brasil apontam que apenas de 8% a 10% das vítimas reportam os crimes à polícia e realizam de fato o exame necessário de constatação de violência sexual no IML. Essa taxa entre adolescentes que cursam o ensino médio é ainda menor, totalizando 5%.[7,8] Pode-se perceber, então, grande omissão das vítimas no que diz respeito a recorrer às medidas judiciais legais após a ocorrência de crimes contra a dignidade sexual.

A perícia sexológica: realização da abordagem médico-legal na vítima.

Em consonância com a norma técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, do Ministério da Saúde, a vítima deve sempre ser informada sobre o procedimento a ser realizado pelo médico-legista. Sua vontade em realizar ou não o exame médico-legal deverá ser respeitada, e o ambiente deverá ser o mais acolhedor possível.[1,2] Será resguardado ainda o sigilo profissional, conforme os moldes do código de ética médica, e a vítima deverá usufruir de atendimento prioritário e humanizado desde a sua chegada para a realização do exame.[1,3]

Toda a história do ocorrido deverá ser coletada com o máximo de detalhes que a vítima conseguir descrever. Contudo, é necessário muita cautela nesse tipo de abordagem, além de paciência e cortesia durante todo o exame, pois, muitas vezes, a mulher está bastante fragilizada e narrar todo o ocorrido ao perito médico remete ao momento fatídico pelo qual passou.[1,3] Finalizado o exame, é vital que a vítima seja encaminhada a uma equipe multidisciplinar para acompanhamento.[3,9]

A procura de achados sugestivos de violência sexual

Durante a realização do exame, o perito deverá observar uma série de sinais que possam embasar o laudo médico-legal.[1] Os principais sinais de violência sexual podem ser analisados por exame dos genitais externos à procura de lesões, coleta de pelos pubianos, coleta de amostra de material biológico (sêmen sobre a pele), presença de marcas indicando sucção ou até mesmo mordidas nas mamas e lábios da mulher.[4,6]

É ainda primordial um exame ginecológico minucioso para identificar alguns sinais de conjunção carnal. No decorrer da perícia, o médico, ao observar o hímen, deve descrever detalhadamente as suas características, mais precisamente a orla himenal, e deverá constar no laudo se há a presença de entalhe e/ou rotura.[6,4] A rotura himenal se caracteriza quando há uma profundidade completa da orla himenal até a parede vaginal, bordas irregulares, assimetria em sua disposição e, por vezes, podem ser observados sinais de infiltração hemorrágicas se a rotura tiver ocorrido recentemente.[13]

Também deverá ser examinado o ânus da vítima à procura de roturas, sufusões, esgarçamentos das paredes anorretais e perineais, equimoses, dilatação anal e sinais de hemorragia. Deve-se ainda realizar a coleta de material biológico, como a de sangue e saliva do agressor para sua identificação por meio dos testes de DNA.[5,6] Com relação à cavidade oral, é importante a coleta de amostra do lavado dessa cavidade com soro fisiológico estéril.[6]

Evidências de materiais biológicos com interesse médico-legal podem ser encontradas em diversos casos de agressão, sendo particularmente relevante para os de natureza sexual.[12,13,15] Estudos

realizados em Portugal apontam a elevada utilidade da coleta do DNA humano para a comparação e identificação do suspeito, razão pela qual, de acordo com os mesmos estudos, é o procedimento que melhor atende aos tribunais quanto ao auxílio para comprovação legal. Para que haja maior precisão e otimização dos resultados dessa coleta, é pertinente que ela seja realizada em até 72h do tempo decorrido entre a agressão e a chegada da vítima para o exame sexológico.[5]

Exame em caso de hímen complacente ou em mulheres com histórico de vida sexual pregressa

Nas situações em que se detecte um hímen complacente ou envolva mulher com vida sexual pregressa, é importante a confirmação de eventual gravidez e de esperma na cavidade vaginal.[6,7,10]

Estudos mostram que, para esse tipo de especificidade, a busca pela constatação da presença de fosfatase ácida ou de glicoproteína p30, que confere procedência de líquido prostático, pode ser determinante para a comprovação do ocorrido. Nesses casos, também há o cuidado em relação à verificação de contaminação venérea profunda, o que, de certa forma, poderá indicar possível agressão sexual.[8,10]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante todas as reflexões expostas acerca da temática, pode-se perceber a valoração da perícia médico-legal e seus achados que sugerem a consumação de violência sexual contra a mulher.

A perícia sexológica em casos de estupro é tema muito particular e grave. A mulher encontra-se em situação de vulnerabilidade emocional e psíquica logo após o infortúnio, razão pela qual deverá receber o acolhimento ideal em órgãos específicos para a realização do exame.[1,2,8]

É primordial que haja bastante prudência nos procedimentos periciais realizados nessas vítimas e muita cautela quanto a afirmativa ou negativa de achados sugestivos de violação sexual.[8,9,15]

Nos casos em que a agressão atinge a vítima de maneira cruel e devastadora, a perícia se faz instrumento de importante valor para o auxílio do Estado quando proporciona com clareza à autoridade julgadora melhor entendimento acerca das lesões e danos sofridos pela mulher. Seu papel é ainda de maior relevância à vítima, ao acolhê-la e ampará-la em todos os procedimentos, desde sua chegada no órgão competente para a perícia até seu encaminhamento à equipe multidisciplinar para que aconteça o tão necessário resgate físico, emocional e psíquico de que a ela necessita como ser humano.

REFERÊNCIAS

1. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. CREMESP. Manual técnico-operacional para os Médicos Legistas do Estado de São Paulo; 2018.
3. Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2020.
4. Volobuyev A, Orlova T, Pcholkin V, Petrova I, Fedosova O. Medical and Legal Aspects in Proof of Rapes. Georgian Med News 2020; (300): 153-7. MEDLINE ID: mdl-32383720.
5. Magalhães T, Dinis-Oliveira RJ, Silva B, Corte-Real F, Nuno Vieira D. Biological Evidence Management for DNA Analysis in Cases of Sexual Assault. Scientific World Journal 2015; 2015: 365674. doi: 10.1155/2015/365674. Epub PMID: 26587562; PMCID: PMC4637504.
6. França, Genival Veloso de. Medicina Legal. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
7. Hygino, Hércules. Medicina Legal: atlas e texto. São Paulo: Atheneu; 2014.
8. Oliveira E M, Barbosa R M, et al. Atendimento às vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Revista de Saúde Pública 2005; v. 39, n. 3.
9. Belknap J. Rape: too hard to report and too easy to discredit victims. Violence Against Women 2010; 16:1335-44.
10. Mendonça ET, Souza LV. The domestic violence against women as a matter of public health. Rev enferm UFPE on line 2010; 4(2): 874-81
11. Couto M, Schraiber L B. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: Minayo MCdeS, Coimbra Jr CEA. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
12. Amarijo CL, Acosta DF, Silva CD, Gomes VLO. Fatores associados à violência sexual contra mulheres: análise de ocorrências policiais. Cogitare Enferm 2014; 19(4): 761-7.
13. Basile KC, Smith SG. Sexual violence victimization of women: prevalence, characteristics, and the role of public health and prevention. Am J Lifestyle Med 2011; 5: 40717.
14. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2013; 27(1): 27-37.
15. Añón Roig, M. Violencia con género. A propósito del concepto y la concepción de la violencia contra las mujeres || Violence with gender. Concerning the concept and conception of violence against women. Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho 2016: 33, 1-26.

O IMPACTO DA COVID-19 NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER UROLÓGICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

IMPACT OF COVID-19 ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UROLOGICAL CANCER: A LITERATURE REVIEW

Ebert Siebra Teles[1], Juliana Marques de Paula Cruz[2], Antonio Cesar Marques da Costa Cruz[3]

[1] Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda-FMO e Membro da Liga Acadêmica de Urologia de Pernambuco-LAUP | [2] Estudante de Medicina Da Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP e Membro da Liga Acadêmica de Urologia de Pernambuco | [3] Professor da Faculdade de Medicina de Olinda-FMO e Orientador da Liga Acadêmica de Urologia de Pernambuco

RESUMO

INTRODUÇÃO: No final de 2019, foi relatado o surgimento de uma nova doença causada pelo SARS-CoV-2, originário de Wuhan, China, responsável por gerar uma síndrome respiratória aguda grave. Assim, instaurou-se uma crise de saúde sem precedentes, lotando os hospitais e ocasionando o cancelamento de atendimentos médicos não urgentes. Os novos protocolos de priorização cirúrgica têm aumentado o adiamento de cirurgias oncológicas, configurando um impacto desafiador para os urologistas nessa pandemia. **MATERIAIS E MÉTODOS:** O presente estudo consiste em uma revisão de literatura que apresenta dados provenientes de artigos científicos publicados no ano de 2020. A busca desses artigos foi realizada nos bancos de dados SCIELO e PUBMED. **DISCUSSÃO:** O trabalho procurou relatar os efeitos globais da pandemia de COVID-19 na prática de clínica cirúrgica e oncológica em urologia, indicando que o adiamento de certas cirurgias pode causar progressão clínica de curto prazo do câncer, aumento da mortalidade específica por câncer e alguns danos psicológicos, como ansiedade e depressão. **CONCLUSÃO:** Conforme explanado, a maioria dos artigos sobre o tema mostra papel fundamental que o médico desempenha na classificação dos pacientes quanto aos riscos de sua doença e de internação, bem como a importância do desenvolvimento de protocolos por equipes multidisciplinares para categorizar as prioridades da melhor maneira e minimizar os prejuízos desses adiamentos cirúrgicos para os pacientes.

Palavras-chave: COVID-19. Pandemia. Tratamento de câncer. Geniturinário. Urologia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: At the end of 2019, the emergence of a new disease caused by SARS-CoV-2, originating in Wuhan, China, was responsible for causing a severe acute respiratory syndrome. Thus, causing an unprecedented health crisis, crowding hospitals and canceling non-urgent medical care. The impact of the implementation of surgical prioritization protocols is being one of the biggest challenges for urologists in this pandemic due to the increase in postponed cancer surgery. **MATERIALS AND METHODS:** The present study consists of a literature review where the data provided comes from articles published in the year 2020. The search for articles was carried out in the SCIELO, PUBMED databases. **DISCUSSION:** The work sought to report the global effects of the COVID-19 pandemic on surgical and oncology clinical practice in urology, showing that the postponement of certain surgeries can cause short-term clinical progression of cancer, increased specific cancer mortality and some psychological damage such as anxiety and depression. **CONCLUSION:** As explained in most articles on the topic, the physician has a fundamental role in the classification of patients regarding the risks of their disease and risk of hospitalization, in addition to the great importance of developing protocols by multidisciplinary teams to better categorize priorities and minimize the damage from these surgical postponements to patients.

Keywords: COVID-19. Pandemic. Treatment cancer. Geniturinary. Urology

OBJETIVO

Relatar o impacto da pandemia do coronavírus no tratamento dos cânceres urológicos, baseado em dados da literatura

INTRODUÇÃO

No final de 2019, foi relatado o surgimento de uma nova doença causada pelo SARS-CoV-2, oriundo de Wuhan, China, responsável por ocasionar uma síndrome respiratória aguda grave. Em menos de 5 meses, a doença atingiu mais de 200 países e, em março de 2020, foi considerada uma pandemia. Com o aumento exponencial dessa infecção, denominada COVID-19, houve uma modificação nos cuidados com a saúde, no que tange tanto a mudanças nos sistemas de saúde quanto à atenção individual. Instaurou-se, então, uma crise sem precedentes: hospitais e postos passaram a ficar lotados com casos suspeitos e confirmados da doença em evidência, desencadeando, ainda, sucessivos cancelamentos dos atendimentos médicos não urgentes, inclusive de pacientes oncológicos. Dentre todos os pacientes com COVID-19, os portadores de câncer apresentam risco aumentado de uma evolução desfavorável. Por isso, os *guidelines* de triagem da doença recomendam uma redução no uso da quimioterapia, a fim de não comprometer severamente a imunidade desses pacientes.[1,2,5,6]

Diante da necessidade de dispor de leitos e profissionais de saúde para atender as pessoas acometidas pela nova doença, foi preciso postergar o tratamento de pacientes oncológicos considerados eletivos. Departamentos de cirurgia de vários serviços em todo o mundo tiveram que restringir seus atendimentos e manter apenas as cirurgias consideradas prioridade. Em certas ocasiões, mais de 80% dos pacientes podem se enquadrar na categoria de cuidados não urgentes ou eletivos. Entretanto, há uma forte contestação no que diz respeito às interpretações do que é o cuidado de fato essencial, o que deixa uma grande incógnita quanto a saber se o atendimento pode ou não ser postergado.[1,2]

A despeito da precisão de adiar alguns tratamentos, é importante considerar questões éticas quando tal fato pode significar uma progressão clínica da doença oncológica, aumentar a mortalidade por câncer e acarretar danos psicológicos irreparáveis ao paciente envolvido.[5,6]

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão da literatura. Para a pesquisa, foram utilizados artigos das bases de dados Scielo e Pubmed publicados no ano de 2020. Os descritores utilizados foram: COVID-19, Pandemic, Treatment cancer, Geniturinary, Urology.

Ao todo, foram encontrados 71 artigos e, em seguida, foram excluídos os que não atendiam aos objetivos desta pesquisa. Os 9 artigos então restantes — usados neste trabalho — abordam o impacto da COVID-19 no tratamento do câncer e relatam os malefícios e benefícios na mora do tratamento durante a pandemia.

DISCUSSÃO

Os efeitos globais da pandemia de COVID-19 na prática clínica cirúrgica e oncológica em urologia foram bastante discutidos em diversos artigos sobre o tema[1,2,3,4,5,6,7,8,9]. As pesquisas relataram a sobrecarga da capacidade do sistema de saúde e o adiamento do tratamento cirúrgico dos pacientes oncológicos visando reduzir a exposição da equipe cirúrgica e do paciente a uma potencial contaminação. Adicionalmente, a alta demanda por equipamento de proteção individual, leitos na unidade de tratamento intensivo e ventiladores dificultou a prática cirúrgica, o que contribuiu para a iminente necessidade de postergar o tratamento desses pacientes.[3, 9]

Neste momento, o médico precisa ponderar entre os riscos que o atraso da terapia oncológica pode trazer aos pacientes com câncer em progressão da doença e a probabilidade de adquirir uma infecção por COVID-19 durante a terapia (neo) adjuvante/paliativa. Protocolos de priorização e triagem relativos ao tratamento do câncer durante a pandemia têm sido introduzidos para avaliar os tratamentos que podem ser adiados. Além disso, tem-se demandado dos departamentos cirúrgicos que avaliem a redução e priorização das cirurgias. Alguns autores aconselham evitar, quando possível, cirurgias laparoscópicas ou robóticas. Porém, quando imprescindíveis, recomendam que elas sejam realizadas por cirurgiões experientes, com o intuito de reduzir o tempo cirúrgico e as complicações pós-operatórias.[3,4,7].

Esses protocolos de priorização cirúrgica implicam em taxas moderadas de cancelamento de cirurgias oncológicas e redução do tratamento, e seus impactos têm se mostrado um dos maiores desafios para os urologistas nesta pandemia. Os médicos em todo o mundo têm enfrentado não só dilemas éticos,

mas também a limitada capacidade de terapia intensiva em virtude da diminuição de recursos e da concentração das habilidades da equipe no tratamento de pacientes com COVID-19.

Curiosamente, as taxas de cancelamento de cirurgias oncológicas não diferiram entre os países de alto risco e de baixo risco para a pandemia. Já o cancelamento de cirurgias não oncológicas foi maior naqueles que apresentaram índice de risco alto.

Alguns tumores foram priorizados por terem maior probabilidade de progressão e, por isso, impactarem diretamente na mortalidade. Por outro lado, a recomendação de recuperação pós-operatória em unidades de terapia intensiva impediu a realização de cirurgias de grande porte, a despeito de se tratar de tumores categorizados como prioritários, como, por exemplo, a cistectomia para tumores uroteliais. Na urologia, a taxa estimada de suspensão de cirurgias eletivas para patologias oncológicas foi de 36,6%, enquanto, para doenças benignas, foi de 81,7%.[3,6,8]

Esse tipo de suspensão pode suscitar sérias questões éticas, uma vez que sua demora pode resultar em progressão clínica de curto prazo do câncer e aumento da mortalidade específica por câncer. Além disso, em oncologia médica, a disseminação da doença e a mortalidade relacionada ao câncer devem ser consideradas para tratamentos paliativos e (neo) adjuvantes contra o risco de uma infecção por COVID-19 e seus recursos.[7,8] Diante disso, muitos urologistas promoveram mudanças na prática clínica devido à pandemia de COVID-19: visitas clínicas foram canceladas, adiadas ou substituídas por teleatendimento. Essas medidas estão diretamente ligadas às mudanças globais no tratamento de pacientes oncológicos no contexto atual.[4]

É válido também ressaltar que o distanciamento social e o isolamento causaram, na população em geral, quadros psicológicos que incluem estresse, perda da motivação e da autoestima. Tais fatores, somados às repercussões do adiamento nos pacientes que foram considerados eletivos, contribuíram para exacerbar os efeitos já conhecidos do diagnóstico de câncer, que abrangem ansiedade e depressão. Os indivíduos mais afetados por essa condição foram as mulheres e os pacientes mais jovens.8 Para os pacientes com estratégia expectante, a espera para o tratamento do câncer gerou consequências mais significativas em sua saúde mental. Há relatos na literatura de que os indivíduos com câncer de próstata e pequenas massas renais foram os mais afetados por esses quadros, pois os portadores dessas doenças foram os mais atingidos pelo adiamento dos tratamentos em virtude da baixa agressividade dos tumores.[8]

CONCLUSÃO

Diante da discussão sobre o tema, pôde-se observar que a pandemia impactou os pacientes oncológicos de diversas formas. Houve a necessidade de postergar alguns tratamentos, incumbindo o médico da responsabilidade de classificar os pacientes quanto aos riscos de sua doença e da internação em meio ao cenário instaurado, afetando a prática clínica da grande maioria dos urologistas de todo o mundo. Vale ainda destacar que essa conjuntura trouxe repercussões na saúde psicológica desses pacientes, criando um estado de angústia e ansiedade diante de sua patologia. Dessa forma, o médico tem papel fundamental na estratificação da gravidade da doença de seus pacientes, além de fornecer apoio psicológico e esclarecer a situação com vistas a tranquilizá-los.

Portanto, é deveras necessário entender a melhor forma de abordar os problemas psicológicos e comportamentais dessa parcela de pacientes, a fim de minimizar os danos ocasionados por esses traumas. Nessa perspectiva, os protocolos devem ser desenvolvidos por equipes multidisciplinares para categorizar as prioridades da melhor maneira, listando os casos que podem ser adiados com o mínimo de prejuízo para os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Shah P, Kim F. J, Mian B. M. Genitourinary cancer management during a severe pandemic: Utility of rapid communication tools and evidence-based guidelines. BJUI compass 2020; 1(2), 45-59.

2. Wallis C, Novara G, Marandino L, Bex A, Kamat A M, Karnes R J, et al. Risks from Deferring Treatment for Genitourinary Cancers: A Collaborative Review to Aid Triage and Management During the COVID-19 Pandemic. European urology 2020; 78(1), 29-42.

3. Carneiro A, Wroclawski M L, Nahar B, Soares A, Cardoso A P, Kim N J, et al. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Urologist's clinical practice in Brazil: a management guideline proposal for lowand middle-income countries during the crisis period. International braz j urol: official journal of the Brazilian Society of Urology 2020; 46(4), 501-10.

4. Wallis C, Catto J, Finelli A, Glaser A W, Gore J L, Loeb S, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Genitourinary Cancer Care: Re-envisioning the Future. European urology 2020; 78(5), 731-42.

5. Gillessen S, Powles T. Advice regarding systemic therapy in patients with urological cancers during the COVID-19 pandemic. Eur Urol 2020; 77: 667-8

6. Szabados B, Abu-Ghanem Y, Grant M, Choy J, Bex A, Powles T. Clinical characteristics and outcome for four SARS-CoV-2-infected cancer patients treated with immune checkpoint inhibitors. Eur Urol 2020; 78: 276-80

7. Simonato G, Giannarini A, Abrate R, Bartoletti A, Crestani C D, Nunzio A, et al. Network (RUN), Pathways for urology patients during the COVID-19 pandemic, Minerva Urol. Nefrol 2020; https://doi.org/10.23736/S03932249.20.03861-8

8. COVIDSurg Collaborative. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. Br J Surg. 2020 May 12: 10.1002/bjs.11746. doi: 10.1002/bjs.11746. Epub ahead of print. PMID: 32395848; PMCID: PMC7272903.

9. Dotzauer R, Böhm K, Brandt MP, Sparwasser P, Haack M, Frees SK, et al. Global change of surgical and oncological clinical practice in urology during early COVID-19 pandemic. World J Urol 2020 Jul 4: 1-7. doi: 10.1007/s00345020-03333-6. Epub ahead of print. PMID: 32623500; PMCID: PMC7335229.

O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DE IST: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE IN FACING STI: AN EXPERIENCE REPORT

Gabrielle F. Dinizf, Mariana K. B. Melo[1]; Marina L.T.P. Monteiro[1], Viviane L. Lopes Teixeira[1]; Schirley C.A. Pereira[2], Joelmir L.V. Silva[2]

[1] Discente da Faculdade de Medicina de Olinda | [2] Docente da Faculdade de Medicina de Olinda

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é considerada a porta de entrada preferencial do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dela, é possível garantir o diagnóstico e o tratamento precoces de doenças como as infecções sexualmente transmissíveis (IST), hepatites B e C, HIV e sífilis. Este relato descreve a experiência de uma ação realizada com usuários em uma Unidade Básica de Saúde sobre IST, visando melhorar a adesão da população ao cuidado com IST e minimizar seus riscos. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido durante as atividades práticas dos estudantes da graduação de medicina na UBS de Jardim Brasil V, em Olinda, Pernambuco, em setembro de 2020. A ação contou com 20 usuários da UBS de demanda espontânea, após sua divulgação prévia, e foram seguidos os cuidados em tempos de pandemia. Foi realizada triagem com testes rápidos para sífilis, HIV, hepatites B e C, e os participantes receberam informações sobre as IST e a importância da investigação precoce. A maioria era do sexo feminino, 15% testaram positivo (sífilis). Nenhum deles havia realizado esses testes antes. Apenas 15% dos voluntários tinham conhecimento dos testes de triagem das IST e compreendiam a importância de sua realização. O atendimento imediato de uma pessoa com IST não é apenas uma estratégia curativa, mas também visa à interrupção da cadeia de transmissão, bem como à prevenção de outras IST e complicações decorrentes delas.

Palavras-chave: IST; HIV; Sífilis; Hepatite; prevenção; diagnóstico.

ABSTRACT

Primary Care (PC) is the user's preferred gateway to the Unified Health System (UHS). It is from there that we will be able to have more and more diagnoses and early treatment of sexually transmitted infections (STI), such as hepatitis B and C, HIV and syphilis. To report experience acting realized with users of the basic unit (BU) on STI theme for to improve adhesion care and minimize risks of STI. It was a descriptive study of experience report type, developed during practice activity of medicine students at BU Jardim Brasil V, in Olinda-PE. 20 users of BU participated considering pandemic time. A screening with rapid tests (RT) for hepatitis B and C, HIV and syphilis, information's and recommendation's STI were realized. The most people were female, 15% presented positive (syphilis). None them had been tested before. Only 15% had knowledge of RT and understanding those significance. The immediate care of a person with STI is not only a curative action, but also aims at interrupting the transmission chain and preventing other STI and complications resulting from diseases.

Keywords: STI; HIV; Syphilis; Hepatite; prevention; diagnosis

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela desempenha papel fundamental para garantir o acesso aos cuidados com a saúde e a serviços para população do território onde está inserida.1

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública. Elas estão entre as patologias transmissíveis mais comuns e afetam a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo.2 Em maio de 2016, a Assembleia Mundial de Saúde adotou a estratégia 2016–2021 do setor global de saúde para as IST3, que inclui a expansão de intervenções e serviços baseados em evidências para controlar essas infecções e diminuir seu impacto como um problema de saúde pública até 2030.

Em 2019, o Sistema de Informações de Agravos de Notificação notificou, no Brasil, 152.915 casos de sífilis adquirida — uma doença sistêmica de fácil detecção que possui tratamento simples, de baixo custo e 100% eficaz2. Além disso, apontou 41.909 novos casos de HIV e 37.308 de aids4. A maioria dos casos de infecção pelo HIV no país foi registrada entre pessoas na faixa de 20 a 34 anos (52,7%). De 1999 a 2019, foram notificados 673.389 casos confirmados de hepatites virais.5

O ideal seria que 100% das equipes de atenção básica fossem capacitadas para o aconselhamento e realização da testagem rápida (TR) para HIV, sífilis e hepatites B e C. Isso facilitaria o diagnóstico precoce de quem vive com essas doenças1, visto que a TR, implantada no Brasil em 2011, é de grande importância para o enfrentamento das IST. Ademais, determinar a condição sorológica possibilita ao indivíduo mudança de comportamento. Na conjuntura de diagnóstico positivo, deve haver uma adesão ao tratamento para possibilitar a melhora na qualidade de vida; no caso da sífilis, existe até mesmo cura.6,7

RELATO DE EXPERIÊNCIA

As observações do grupo de estudantes foram realizadas durante sua atuação na UBS Jardim Brasil V, que faz parte de atividades teórico-práticas da Integração Academia-Serviço-Comunidade e da implementação da Campanha de Prevenção às IST 2020 do Ministério da Saúde8. A partir dessas observações, percebeu-se a baixa procura da comunidade pela TR e pela prevenção à IST. Em discussão com a equipe de saúde da família, os estudantes da Faculdade de Medicina de Olinda planejaram uma intervenção breve e contaram com sua divulgação, 30 dias antes da ação, pelos Agentes Comunitários de Saúde na comunidade.

No dia planejado, os estudantes, junto com a equipe, recepcionaram os usuários e realizaram agendamento em observância às normas de distanciamento e não aglomeração, conforme recomendações sanitárias devido à pandemia de COVID-19. Vinte usuários participaram da ação, com média de idade de 56,7 anos, dos quais 90% eram do sexo feminino e apenas 10%, masculino. A princípio, foram questionados se conheciam as IST, se sabiam da existência dos TR e sua importância e se já haviam sido diagnosticados anteriormente com alguma IST. Em seguida, foram informados de como era feita a testagem e perguntados se gostariam de realizá-la, ao que todos responderam favoravelmente. Após a análise, os resultados foram: 3 pessoas deram positivo para sífilis, estando entre elas 1 casal, e 17 pacientes testaram negativo para sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C. Apenas 3 pessoas tinham ciência da existência da TR e compreendiam a importância de realizá-la.

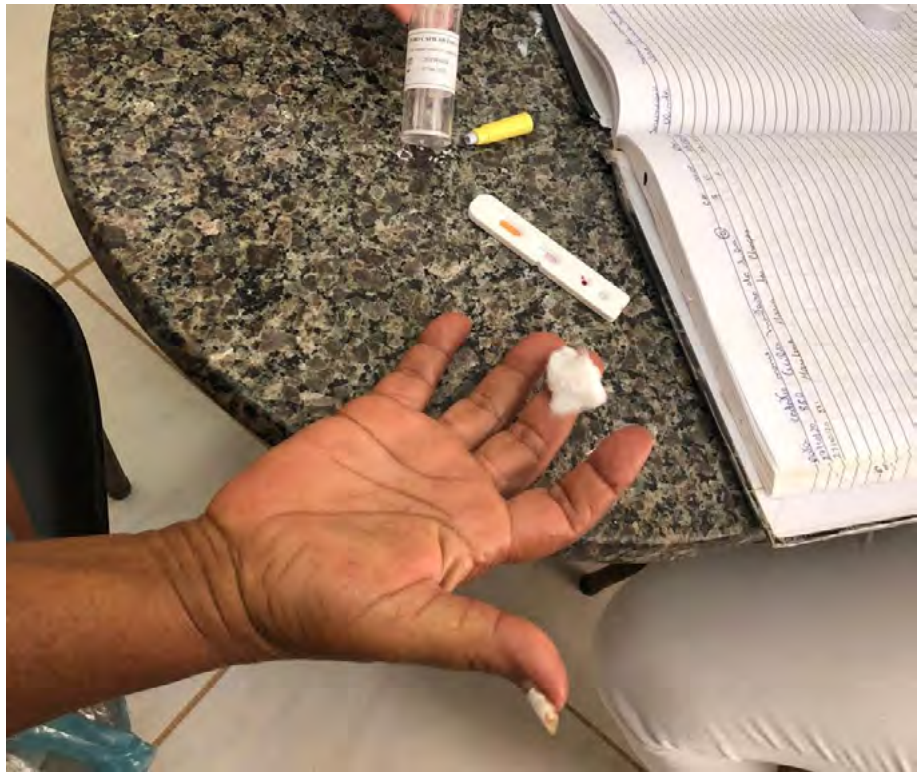


Figura 1. Registro de usuário realizando TR para IST.

Finalmente, os estudantes alertaram os usuários participantes sobre o quanto a triagem é importante para o diagnóstico de IST, bem como sobre as formas de prevenção, de transmissão, de diagnóstico (Figura 2) e o tratamento gratuito disponível no SUS, na própria UBS.

COMENTÁRIOS

É necessário refletir sobre a distribuição de serviços de saúde e considerar as condições que os usuários têm para se apropriar do atendimento, a fim de possibilitar a isonomia no acesso das pessoas que tenham as mesmas necessidades.

Evidentemente, o controle da doença, desde a identificação dos casos já existentes até o tratamento, deve ajudar na quebra da cadeia de transmissão. Isso fortalece a importância de conhecer a maneira como os serviços estão organizados, visando elaborar políticas com enfoque regional que considerem a realidade local, respeitem aspectos histórico-culturais dos processos de gestão e consolidem o desenvolvimento equânime do SUS.

Por fim, vale ressaltar que o atendimento, o diagnóstico e o tratamento são gratuitos nos serviços de saúde do SUS9. Porém, conforme a Organização Mundial de Saúde, para que se possa avaliar a eficácia do diagnóstico e do tratamento, torna-se imprescindível elaborar estratégias capazes de garantir os insumos de TR, a confirmação do diagnóstico e o início do tratamento das IST, o qual melhora a qualidade de vida do paciente e interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções.



Figura 2. Pôster sobre sífilis apresentado na ação.

REFERÊNCIAS

1. Gleriano J, Henriques S, Chaves L. Acesso à atenção às hepatites virais: distribuição de serviços na região Norte do Brasil. Rev. Bras. Epidemiol 2019; 22(1): 1-12.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/outubro/29/BoletimSfilis2020especial.pdf
3. World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021: Towards ending STIs. Report No.: WHO/RHR/16.09. Geneva: WHO; jun. 2016. Disponível em: https://www.who.int/reproduc- tivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/ dezembro/01/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020. Disponível: https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/28/07---Boletim-Hepatites-2020--vers--o-para-internet.pdf
6. Machado VS, Mizevski VD, Brand EM, Calvo KS, Belinni FM, Duarte ERM, et al. Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012. Saúde em Redes. 2017; 3(1): 40-9.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Manejo Da Infecção Pelo HIV Em Adultos, 2018. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas--para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Campanha de Prevenção às IST – 2020. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha- de--prevencao-ist-2020
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist

AVALIAÇÃO DE RISCO DO PÉ DIABÉTICO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

RISK ASSESSMENT OF DIABETIC FOOT IN A BASIC HEALTH UNIT

Danilo José de Almeida Costa[1], Anaisa de Almeida Lima[1], Jéssica Nóbrega Cavalcanti[1], Maria Luiza de Souza Miranda Barbosa[1], Jéssica Rodrigues Correia e Sá[2]

[1] Discentes da Faculdade de Medicina de Olinda | [2] Docente da Faculdade de Medicina de Olinda

RESUMO

De acordo com a Organização das Nações Unidas, 70% das amputações realizadas no Brasil são decorrentes do Diabetes Mellitus (DM). Há evidências de que indivíduos com DM mal controlado ou não tratado desenvolvem consequências como aumento do número de hospitalizações, aumento de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputação não traumática do membro inferior. Relato de experiência: No período de maio a junho de 2018, estudantes da graduação de medicina realizaram algumas atividades para avaliar e cuidar do pé diabético de pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Jardim Fragoso I, localizada no município de Olinda, Pernambuco. Participaram das atividades 21 pacientes que apresentavam o diagnóstico precoce de DM. Foram realizadas rodas de conversa sobre orientações e cuidados com o pé diabético; seguida de uma avaliação empregando o formulário de Avaliação e Rastreamento de Dor Neuropática, Perda da Sensibilidade Protetora e Doença Arterial Periférica para Atenção Primária em Saúde. A alteração mais significativa identificada neste estudo foi a redução da sensibilidade protetora plantar. Conclusão: A partir dessa experiência, identifica-se a necessidade de realizar, nas UBSs, práticas de prevenção secundária voltadas para pacientes diagnosticados com DM, incluindo o rastreamento do risco de ulceração. Por ser coordenadora do cuidado, ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e porta de entrada do Sistema Único de Saúde, o serviço das UBSs gera impactos relevantes na melhoria do prognóstico e redução de complicações referente às doenças crônicas.

Descritores: Pé Diabético; Atenção básica; Diabetes Mellitus

ABSTRACT

According to the United Nations, 70% of amputations performed in Brazil are due to Diabetes Mellitus. There is evidence that poorly controlled or untreated diabetes develops consequences such as increased number of hospitalizations, increased cardiovascular and cerebrovascular events, blindness, renal failure and non-traumatic lower limb amputation. Experience report: From May to June 2018, undergraduate medical students performed some activities to assess and care for the diabetic foot of users at the Basic Health Unit (UBS) of Jardim Fragoso I, located in the city of Olinda, PE. Twenty-one users of the UBS who had an early diagnosis of DM participated in the activities. The proposed activities were conversation circles with guidelines and care for the diabetic foot, and then an assessment was carried out using the Evaluation and Tracking form for Neuropathic Pain, Loss of Protective Sensitivity and Peripheral Arterial Disease for Primary Health Care. The clearest change identified in this study was the reduction in plantar protective sensitivity. Conclusion: Based on this experience, we identified the need to carry out secondary prevention practices at the UBS aimed at a person diagnosed with DM, including screening for the risk of ulceration. As care coordinator, organizer of the Health Care Network and gateway to the Unified Health System (SUS), this service generates relevant impacts in improving the prognosis and reducing complications related to chronic diseases.

Keywords: Diabetic Foot; Basic care; Diabetes Mellitus

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) representa um grupo de doenças metabólicas de etiologias diversas, caracterizadas por hiperglicemia e que resultam da secreção deficiente de insulina pelas células beta, da resistência periférica à ação da insulina ou de ambas[1]. A Organização Mundial da Saúde estima que a glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas pela pressão arterial aumentada e pelo uso de tabaco. O DM também tem impacto econômico relevante nos países e nos sistemas de saúde[2].

É uma doença prevenível e controlável que pode ser diagnosticada em fases precoces. A glicemia bem-controlada pode minimizar os danos ao paciente, possibilitando medidas de controle não farmacológicas, inclusive atividade física e alimentação adequada. Além disso, é preciso garantir o uso correto de medidas farmacológicas pelo portador da doença crônica, que tem corresponsabilidade em seu prognóstico[3].

No Brasil, a partir do Ministério da Saúde (MS), foram criados inúmeros programas para o controle das doenças de maior impacto na população[4]. No caso da hipertensão arterial sistêmica e do DM, o MS publicou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus Hiperdia. O programa promoveu a reorientação da Assistência Farmacêutica, proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos, além do monitoramento das condições clínicas de cada paciente atendido[5].

De acordo com a Organização das Nações Unidas, 70% das amputações realizadas no Brasil são decorrentes do DM, o que representa cerca de 55 mil procedimentos do tipo por ano. Em nível global, o número é ainda mais assustador: a cada minuto, três pessoas têm alguma parte do corpo extirpada por complicações decorrentes dessa doença[6]. Considerando o contexto em que o Brasil está inserido e visando a redução do impacto na qualidade de vida do paciente portador de DM, sentiu-se a necessidade de uma melhor avaliação dos membros inferiores e de mais orientação sobre a prevenção e os cuidados necessários para minimizar os possíveis danos decorrentes da glicemia alterada e de difícil controle[7].

O controle do DM envolve diversos fatores que devem ser abordados nas práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde, inclusive a compreensão da gravidade do problema por parte do paciente e as práticas de prevenção secundária, entre essas o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. A partir disso, pode-se chegar ao controle do nível de glicemia, capaz de reduzir substancialmente o risco de complicações da doença[8, 9, 10].

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A partir das vivências na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Jardim Fragoso I, o grupo de estudantes identificou que essa equipe de saúde da família é composta por sete microáreas e atende a um total de 187 pessoas com diagnóstico de DM. Ao escutar as dificuldades que os pacientes relataram em relação ao tratamento e o controle da doença, observou-se uma procura de consultas médicas para tratar de queixas e alterações de exames laboratoriais.

O trabalho realizado pelos estudantes da Faculdade de Medicina de Olinda partiu do diálogo com os pacientes, que foram questionados acerca de suas queixas e dificuldades, e da busca ativa junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Os estudantes acompanhara, algumas atividades de rotina, como as visitas domiciliares feitas pelos ACs, momento utilizado para conhecer e trocar informações com os pacientes diagnosticados com DM. Com escuta ativa, foram identificados alguns dos motivos pelos quais essas pessoas não estavam frequentando as atividades do programa Hiperdia, sendo os principais o horário de realização do programa, que coincidia com o trabalho de muitos deles, e a falta de medicamento disponibilizado no posto.

No momento da visita, os pacientes também foram questionados sobre seus hábitos de vida e as dificuldades de acesso aos medicamentos na UBS. A partir do diálogo e da troca de informações, foi-se construindo um elo de maior proximidade e confiança entre alunos, pacientes e familiares. Nessa ocasião, também era feito o convite para o dia da ação na UBS.

No dia da atividade proposta, os pacientes chegavam por demanda espontânea e eram recepcionados pelos estudantes e por toda a equipe multiprofissional da UBS. Dentre as atividades, primeiro foi iniciada uma roda de conversa, que possibilitou a troca de experiências e ajudou no esclarecimento das dúvidas que iam surgindo entre os pacientes. Em seguida, houve a exposição de um banner com orientações acerca do pé diabético, abordando os fatores de risco e os cuidados necessários com o membro. Após isso, foram preenchidos os formulário de Avaliação e Rastreamento de Dor Neuropática, Perda da Sensibilidade Protetora e Doença Arterial Periférica para Atenção Primária em Saúde, então foi iniciada a ação lava-pés. Durante essa ação, os estudantes lavaram os pés dos pacientes e preencheram o formulário de avaliação preconizado pelo MS, voltado especificamente para o pé diabético.

No momento do lava-pés, foi possível perceber a troca e a aproximação entre estudantes e pacientes: foi nesse momento que percebemos a necessidade de prestar o devido acolhimento ao paciente. Os graduandos aproveitaram para, mais uma vez, frisar as possíveis problemáticas dos pés de cada paciente e fornecer orientação a respeito das práticas de cuidado necessárias.

Por fim, após o lava-pés, os estudantes criaram um molde do pé de cada paciente, que posteriormente foi comparado com os calçados de cada um. O intuito era mostrar que, para estar de fato adequado, o calçado deveria ter exatamente a mesma medida do molde, de forma a não causar risco de comprimir ou ferir o pé com sensibilidade reduzida. Após a comparação, o molde foi disponibilizado para que os pacientes levassem para casa e utilizassem na escolha de sapatos apropriados para evitar a formação de fissuras e feridas. O calçado de formato ideal é essencial para o conforto e o bem-estar do paciente, evitando complicações futuras.

A partir dessa experiência, foi possível identificar as futuras contribuições das atividades realizadas com a rotina de autocuidado e a relação dos pacientes com o controle da própria doença. Alguns estudos identificaram a importância da Atenção Primária em Saúde nas práticas de educação em saúde e na prevenção de agravos para o cuidado integral ao portador de DM, considerando o papel desse serviço para o cuidado integral e longitudinal prestado na Rede de Atenção à Saúde[11,12]. Porém, os pacientes apresentam dificuldades de rotina, em razão da vulnerabilidade social a que estão expostos. O acesso à alimentação adequada, água tratada e moradia apropriada influencia no processo saúde-doença e nos agravos à saúde, capazes de retardar alguns processos de reabilitação e cicatrização. Por esse motivo, o grupo de estudantes teve o cuidado de dialogar com as pessoas para conhecer suas realidades.

CONCLUSÃO

Este relato de experiência demonstra a importância do compartilhamento de conhecimentos com a população por uma troca horizontal, com orientações e materiais ilustrativos. A troca de informação estabelecida nas das rodas de conversas foi primordial para o conhecimento do perfil dos pacientes, além das condutas e das medidas preventivas para o DM. Ao fim da avaliação dos pacientes, ficou explícito que as complicações do tratamento de DM não sofrem apenas com a falta do ajuste medicamentoso: nota-se uma grande lacuna entre pacientes e UBS, de forma que algumas complicações só são percebidas depois de agravadas, o que dificulta seu manejo e tratamento.

Ao fim da vivência, percebe-se o quanto as atividades contribuíram para o desenvolvimento de manejo e de condutas singulares para o grupo atendido. A experiência também serviu para reforçar, para os demais profissionais de saúde, a importância da realização de busca ativa e atividades dinâmicas de educação em saúde capazes de alertar, diagnosticar e aumentar o vínculo com a comunidade, pois o paciente também é parte ativa do tratamento. Desse modo, entende-se que uma ação multiprofissional, com esforço coletivo, pode potencializar as orientações. Os resultados do presente estudo poderão subsidiar ações de diversos profissionais de saúde no estabelecimento de condutas apropriadas para a prevenção de lesões que determinam a morbidade de úlcera do pé diabético, contribuindo para a redução da mortalidade, de internações e de amputações causadas por essa doença crônica de alta prevalência em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Vilar L. Endocrinologia Clínica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2013.
2. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Montenegro Junior R M, Vencio Sérgio. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: Clannad; 2017.
3. Perez A, Negrato CA, Barcia C. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014; 02: 166-72.
4. France. Global report on diabetes. [livro online]. Geneva: World Health Organization. [acesso em 20 jan 2021]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf.
5. EUA. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes. [internet]. New York: Diabetes Care. [acesso em 05 fev 2021]. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81.full-text.pdf
6. France. Global report on diabetes. [livro online]. Geneva: World Healt Organization. [acesso em 20 jan 2021]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf.
7. Brasil. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. [cartilha online]. Brasília: Departamento de Atenção Básica. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf_php
8. Focesi CM, Mialhe FL. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. 2. ed. São Paulo: Santos; 2018.
9. Brasil. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. [manual instrutivo online]. Brasília: Departamento de Atenção Básica. [acesso em 20 fev 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf

10. Stevens B, et al. The economic burden of heart conditions in Brazil. 2018; 111(1): 29-36.
11. Lopes GSG, et al. Representações sociais sobre pé diabético: contribuições para Atenção Primária à saúde no Nordeste brasileiro. Rev. Ciência e Saúde Coletiva 2021; 26 (5).
12. Carvalho MCMP, Queiroz ABA, Ferreira MA, Moura MAV, Pinto CB, Vieira BDG. Ineffectiveness of information and access to health services: vulnerability to human papillomavirus. Int Nurs Ver 2019; 66(2): 280-9.

LITERATURA DE CORDEL COMO FERRAMENTA DE INCLUSÃO NO PROCESSO DE IMUNIZAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

STRING LITERATURE AS A TOOL FOR INCLUSION IN THE IMMUNIZATION PROCESS: AN EXPERIENCE REPORT

Isabelly Regina Bezerra de Albuquerque Cortez[1], Nayza Lorraynny de Brito Pereira[1], Nayhara Carlla de Brito Pereira[1], Pedro Augusto Figueirôa Sobreira Filho[1], Tharcia Kiara Beserra de Oliveira[2]

[1] Discente da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO/PE) | [2] Docente da Faculdade de Medicina de Olinda.

RESUMO

Objetivo: Descrever a ação "Literatura de cordel como ferramenta de inclusão no processo de imunização", realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rio Doce V. A atividade visou enfatizar a importância da vacinação na prevenção de doenças e na diminuição da mortalidade, utilizando a literatura popular como impulso para propagar a informação, baseando-se em linguagem informal e criativa. Espera-se que a experiência possa ser reproduzida em outros cenários, respeitando a cultura da região. **Relato de Experiência:** O projeto foi desenvolvido na UBS Rio Doce V e contou com a participação dos funcionários, do preceptor do campo de estágio e da população. A priori, foi realizado um esboço do que seria apresentado na UBS em questão, da logística do compartilhamento da informação para a população e de como o conteúdo seria absorvido, visto que o público principal era composto pelas famílias e pelas crianças da unidade. Com o cordel produzido, foi criado um painel adesivo que fazia alusão à ideia de que uma família protegida contra doenças é uma família vacinada. Observou-se que a população e a equipe de saúde tiveram adesão significativa ao projeto, como podemos demonstrar a partir dos relatos da equipe profissional atuante na UBS onde o trabalho foi desenvolvido. **Considerações finais:** O presente estudo almejou desempenhar a função de promoção e prevenção da saúde na comunidade e implantar estratégias voltadas para a instrução da população local com conteúdos culturais, claros e acessíveis. Estamos convictos de que desempenhamos essa atividade movidos pelo comprometimento com a melhoria da comunidade, contribuindo para a construção e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: vacinas, cobertura vacinal, saúde pública, prevenção de doenças, promoção de saúde, medicina na literatura.

ABSTRACT

Objective: Describe the action "String Literature as a tool for inclusion in the immunization process" held at the Basic Health Unit Rio Doce V, which emphasizes the importance of vaccination in preventing diseases and reducing mortality, using popular literature as an impulse to propagate information with informal and creative language. It is hoped that this experience can be reproduced in other scenarios, respecting popular culture. **Experience report:** The project was developed at the FHU Rio Doce V stage and counted on the participation of employees, preceptor of the internship and population field. A priori, an outline was made of what would be inserted in the unit, the logistics of sharing information for the population and how the content would be absorbed, since the main audience is the unit's families and children. With the cordel produced, an adhesive panel was created with an allusion to the idea of a family protected against diseases and a vaccinated family and inserted in a northeastern context. It was observed that the population and the unit's team significantly joined the project. As we can demonstrate through reports from the professional team that works at the FHU where the work was initially developed. **Final considerations:** Through this study, the aim was to play a role in promoting and preventing health in the community, implementing strategies that act in the search for instructions for the local population with cultural, clear and accessible content. We are convinced that we carry out this activity, with commitment to improving the community, contributing to the construction and strengthening of the Unified Health System.

Keywords: vaccines, vaccine coverage, public health, disease prevention, health promotion, medicine in the literature.

INTRODUÇÃO

Há muitos anos, a vacinação vem desempenhando um papel importante no controle e na erradicação de doenças, não apenas para o vacinado, mas, considerando sua atuação para conter a propagação de doenças, também para a comunidade do entorno. Assim, muito se investe em programas de imunização, dada a sua alta efetividade em matéria de promoção da saúde pública[1]. No entanto, apesar das altas taxas de cobertura vacinal terem perdurado por muito tempo e levado o país a ser aclamado internacionalmente pelo sucesso de seus programas, nos últimos anos, o Brasil tem visto o declínio desse desempenho e o ressurgimento de doenças imunopreveníveis.

Um estudo do Instituto de Estudos para Políticas Públicas de Saúde (IEPE) com base nos dados do Ministério da Saúde chegou à conclusão de que ao menos metade dos municípios brasileiros não atingiu a meta estabelecida pelo Plano Nacional de Imunização (PNI). Entre 2015 e 2019, houve queda significativa da cobertura vacinal de todas as vacinas. Os percentuais passaram de valores acima das metas de 90 ou 95%, em 2015, para níveis consideravelmente abaixo do recomendado em 2019[2].

Dentre as estratégias abordadas para critérios socioeducativos a respeito das vacinas, estão as rodas de conversa, palestras, seminários e ações artísticas, inclusive com o emprego da literatura. A utilização de métodos artísticos para finalidades terapêuticas no âmbito da saúde é uma das principais estratégias para promover o conhecimento à população carente. A arte literária pode guiar o desenvolvimento da capacidade criadora, expandindo e multiplicando as necessidades do ser humano, e é um campo histórico de extrema importância para o desenvolvimento de diversos estudos na saúde, promovendo interações entre a cultura e as análises sociolinguísticas.[4,5]

Assim, buscando desempenhar função de promoção e prevenção da saúde na comunidade, foi proposta uma estratégia para a instrução da população local com conteúdos claros e acessíveis, explicando a importância da imunização e atualização do cartão vacinal. A partir da variante literária escolhida como ferramenta, o cordel, o objetivo era instruir a população a fim de otimizar e aumentar adesão.

Em campanhas de comunicação em massa, recorre-se ao uso de artifícios midiáticos para garantir a eficácia da comunicação da mensagem que se pretende transmitir. O vínculo criado pelo regionalismo (aqui representado pelo emprego de uma literatura tipicamente nordestina), gera um vínculo identitário importante na recepção e memorização da mensagem.[6,7] O cordel é um gênero literário popular apresentado em conjunto com xilogravuras e fortemente presente na cultura nordestina, em especial no estado de Pernambuco, berço de representantes notáveis dessa arte.[8,9]

Ciente desse forte elemento de identidade da cultura popular local, decidimos utilizar o cordel para a criação um "espelho representativo", em que o receptor se vê inserido no contexto da mensagem veiculada, seja pela linguagem utilizada, seja pela representação visual e cultural, seja pela memória evocada.

Neste artigo, a intenção é descrever a ação "Literatura de cordel como ferramenta de inclusão no processo de imunização", realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rio Doce V, enfatizando a importância da vacinação na prevenção de doenças e na diminuição da mortalidade. Na ação, a literatura popular foi utilizada como impulso para propagar a informação a partir de uma linguagem informal e criativa.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Visando a exposição dos benefícios de uma população imunizada, a ação unia informações sobre a campanha vacinal à literatura de cordel, com o objetivo explícito de incentivar a vacinação.

O projeto foi desenvolvido na UBS Rio Doce V e contou com a participação dos funcionários, do preceptor do campo de estágio e da população. A priori, foi realizado um esboço do que seria apresentado na unidade, da logística de compartilhamento da informação para população e de como o conteúdo seria absorvido, visto que o público principal eram as famílias e as crianças da comunidade atendida pela UBS.

Pensando na máxima integração com a linguagem cultural da comunidade local, foi produzido um cordel acerca das campanhas de vacinação abordadas no PNI que seria distribuído para a população local (Figura 1). Além disso, foi criado um painel

adesivo (Figura 2) que apresentava a ideia de que uma família protegida contra doenças é uma família vacinada dentro de contexto cultural nordestino. Também foi criado um mural com estopa e barbante sisal (Figura 2) para abrigar os cordéis impressos e facilitar sua retirada pela população. Todo o material utilizado foi elaborado e fornecido pelos integrantes do projeto.



Figura 1. Cordéis elaborados para distribuição na UBS.



Figura 2. Painel adesivo e cordéis em mural de estopa e barbante sisal, elaborados para a ação.

Buscando engrandecer o projeto, a UBS foi ornamentada (Figura 3) com materiais que remetem à cultura nordestina. Também houve realização de explicações individualizadas, gerando uma interação única com cada participante, com intuito de demonstrar a importância de manter o cartão vacinal atualizado. A ação foi direcionada para toda a população presente, a quem foi fornecido o cordel acerca do tema.



Figura 3. Ornamentação da UBS com materiais que remetem à cultura nordestina, produzida pelo grupo.

Após o planejamento e do projeto e o estabelecimento dos objetivos, o grupo de estudantes se dispôs a colocar a teoria em prática. O produto da ação buscava gerar um impacto positivo no novo cenário do sistema de Vigilância Epidemiológica, melhorando o número de vacinação.

A população e a equipe de saúde demonstraram adesão significativa ao projeto, o que pode ser evidenciado a partir de relatos dos profissionais que atuam na UBS onde o trabalho foi desenvolvido. Na sala de espera para o atendimento, a curiosidade de conhecer o conteúdo do cordel abrilhantou o olhar dos pacientes, satisfeitos por ter acesso a um artigo especial para ler e levar para casa como uma lembrança capaz de perpetuar a mensagem dessa causa tão importante. A equipe ficou encantada com a forma criativa de chamar a atenção da população e demonstrou alegria com o espaço criado para informar a população sobre a rotina de vacinação.

O resultado alcançado mostrou-se positivo e de grande importância para toda a comunidade afetada. A ênfase do emprego da cultura nordestina, que serviu como meio para atrair a atenção da população e da equipe, foi crucial para a facilitação da informação e a educação sobre saúde. O sentimento dos alunos envolvidos é de gratidão e de expectativas alcançadas após vislumbrar os efeitos práticos da proposição teórica de nosso estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atuar no contexto da atenção primária se mostrou uma forma de interação direta, rápida e acessível com a comunidade. Durante a elaboração do projeto, o objetivo era estabelecer uma ação de longo prazo e que contribuísse com o ambiente da UBS selecionada. A ornamentação buscou destacar a cultura nordestina, efeito proporcionado pelo emprego de elementos rústicos. Com apresentações dinâmicas, o cordel elaborado foi entregue à população durante o dia de vacinação fornecido pela UBS. O cordel criado aborda informações importantes do PNI, e sua leitura é de fácil compreensão, de modo que o entendimento esteja ao alcance de toda a população.

Por conta dos desenhos que ilustravam as páginas, as crianças, o maior público-alvo da campanha, foram compelidas a manter a atenção nos cordéis.Visando manter a campanha ativa por mais

tempo, um mural com cordéis foi anexado à decoração, sendo abastecido com mais exemplares sempre que preciso, para garantir maior alcance e impacto na população.

Encaramos o projeto como um compromisso primordial, assim como a participação e a reposição frequente de cordéis no mural expositivo. Portanto, reconhecemos a necessidade da continuidade do trabalho junto à UBS e à comunidade.

Nesse período, presenciamos a rotina de um serviço público de Atenção Básica à Saúde, com suas limitações e qualidades. Estamos convictos de que desempenhamos essa atividade movidos pelo comprometimento com a melhoria da comunidade, contribuindo para a edificação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https:// bvsms. saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf
2. Imunização e vacinas – Impacto da baixa adesão na segurança dos pacientes [Internet]. [place unknown]; 2020 Nov22. Imunização e vacinas – Impacto da baixa adesão na segurança dos pacientes.; [cited 2021 Dec 9]; Disponível em: https://segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/imunizacao-e-vacinas-impacto-da-baixa-adesao-naseguranca-dos-pacientes/.
3. Sistema de informação do programa nacional de imunização [Internet]. Brasil: Datasus; entre 2018 e 2019. Cobertura vacinais por imuno segundo ano 2018 e 2019.; [revised 2019 Sep 4; cited 2021 May 12]; Disponível em: http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def
3. Silva Onã, Apolinário Maurício, Oguisso Taka. A enfermagem em obras clássicas da literatura: estudo com base sociolinguística. Enfermagem em foco [Internet]. 29 jun 2017 [acesso em 27 mar 2021]; 8(2): 57-61. DOI https:// doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.987. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/987
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 16 Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf
5. Pizzolio Ana, Barros Lívia, Souza Matheus, et al., editors. Regionalismo Como Artifício das Mídias. XIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Centro-Oeste; 2011; Cuiabá [Internet]. Cuiabá: Intercom Júnior Publicidade e Propaganda; 2011 [cited 2021 Mar 27]. 10 p. Disponível em: http://intercom.org.br/papers/regionais/ centrooeste2011/resumos/R27-00651.html
6. Sá Giovanni. História, resistência e memória na comunicação popular: Um estudo da literatura de cordel na Paraíba. Vozes e Diálogo [Internet]. 2018 Feb 02 [citado 2021 Mar 27];17(1):141-151. DOI https://doi.org/10.14210/vd.v17n01.p%25p. Disponível em: https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/vd/article/view/11705
7. Pagliuca Lorita Marlena Freitag, Oliveira Paula Marciana Pinheiro, Rebouças Cristiana Brasil de Almeida, Galvão Marli Teresinha Gimeniz. Literatura de cordel: veículo de comunicação e educação em saúde. Texto contexto enferm. [Internet]. 2007 Dec [cited 2021 Mar 27]; 16 (4): 662-670. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400010&lng=en.
8. Negreiros A K S de, Gonçalves C C. Poesia Popular: Ferramenta de Inclusão na Saúde Mental [Internet]. Aracajú: IFS; 2019 [revised 2021 May 4; cited 2021 May 4]. Disponível em: http://www.ifs.edu.br/images/EDIFS/ebooks/2019.2/E-Book_-_Poesia_popular_ferramenta_de_inclusão_na_saúde_mental.pdf
9. Bomfim G F, Nogueira R M, Pires E M, et al. Vacinas: Série pequenos cientistas [Internet]. Mato Grosso: Evaldo Martins Pires; 2021 [revised 2021 May 4; cited 2021 May 4]. Disponível em: http://www.mtciencia.com.br/pequenos_ cientistas/vacinas/mobile/index.html

"EM BUSCA DA MEMÓRIA: O NASCIMENTO DE UMA NOVA CIÊNCIA DA MENTE"

Autores: Fernando Augusto Pacífico[1], George Gláucio Carneiro Leão de Guimarães Filho[2], Emily de Carvalho Batista[2]

[1] Professor e Coordenador do LMF da FMO | [2] Discente do Curso de Medicina da FMO

Eric Kandel, nascido em Viena, na Áustria e naturalizado estadunidense, trabalha no Centro de Neurobiologia da Universidade de Columbia, em Nova York. Suas pesquisas lhe asseguraram o Prêmio Nobel de Medicina de 2000, concedido também a Arvid Carlsson e a Paul Greengard, pelo trabalho sobre a transmissão do sinal no sistema nervoso. Esses cientistas fizeram descobertas essenciais sobre a transmissão sináptica lenta, um importante modo de transmissão do sinal entre as diferentes células nervosas. Foi um trabalho fundamental para a compreensão das funções normais do cérebro e das condições das perturbações na transmissão do sinal que podem induzir enfermidades físicas ou neurológicas.

Sua trajetória científica inclui a edição do livro "Princípios de Neurociências", que é referência em seu campo de estudo. Em seu livro sobre o cérebro voltado para o público geral, "Em busca da memória: o surgimento de uma nova ciência da mente", Kendel mescla autobiografia com relatos sobre a gênese de uma nova forma de compreender o cérebro, uma conjunção entre psicologia comportamental, psicologia cognitiva, neurociência e biologia molecular. Sua pesquisa abordou os mecanismos moleculares de armazenamento da memória em um molusco marítimo (Aplysia) e em camundongos.

Nesse livro, o autor entrelaça duas histórias: uma narrativa intelectual dos progressos extraordinários dos últimos cinquenta anos no estudo da mente e a história de sua vida e carreira científica ao longo de cinco décadas. Essa segunda narrativa reconstitui o modo como suas experiências de infância, em Viena, originaram o fascínio pela memória que o direcionou primeiro para o estudo de história e psicanálise, depois da biologia do cérebro, e, por fim, dos processos celulares e moleculares da memória. "Em busca da memória" é, nas palavras do autor e neurocientista, "um relato de como meu esforço pessoal de entender a memória se entrecruzou com esse grandioso projeto científico — a tentativa de compreender a mente em termos celulares e moleculares".

Além disso, Kandel problematiza como compreender a mente humana em termos biológicos tornou-se o principal desafio da ciência do século XXI, afirmando: "Há um consenso na comunidade científica de que a biologia da mente será para o século XXI o que a biologia do gene foi para o século XX". Ele reforça, ainda, que a ciência quer compreender a natureza da biologia da percepção, da aprendizagem, da memória, do pensamento e da consciência, assim como os limites do livre arbítrio.

A partir dos eventos sombrios vivenciados na Noite dos Cristais (1938), que levaram sua família judia a deixar Viena rumo aos Estados Unidos, vieram à tona diversos questionamentos decisivos para algumas das descobertas mais importantes da neurociência.

Segundo Kandel, foi uma sorte para a neurociência do mundo todo que a Inglaterra, a Austrália, a Nova Zelândia e os Estados Unidos tenham aberto as portas para notáveis pesquisadores da sinapse que foram banidos da Áustria e da Alemanha, incluindo Loewi, Feldberg e Katz. Para ele, isso evoca a lembrança de uma história contada a respeito de Sigmund Freud, no momento em que o famoso pai da psicanálise chegou à Inglaterra e foi levado à bela casa nos arredores de Londres onde passaria a viver. Observando a tranquilidade e a civilidade proporcionada por aquela emigração forçada, Freud foi levado a dizer, em voz baixa, com ironia tipicamente vienense: "Heil Hitler!".

Já nos Estados Unidos, Eric Kandel descobriu como a eficiência das sinapses pode ser modificada e que os mecanismos moleculares fazem parte desse processo. Usando a Aplysia como modelo experimental, ele demonstrou como as mudanças de função sináptica são centrais para o aprendizado e a memória. A fosforilação de proteína em sinapses desempenha um papel importante na geração de uma forma de memória de curto prazo. Para desenvolver a memória a longo prazo, é necessária também uma mudança na síntese de proteína que pode levar a alterações na forma e na função da sinapse.

Os mecanismos fundamentais que Kandel revelou também são aplicáveis a humanos. Pode-se dizer que nossa memória está localizada nas sinapses. Com essas descobertas, agora é possível estudar, por exemplo, como as imagens complexas da memória são armazenadas no sistema nervoso e como as memórias de eventos antigos são recriadas. Conhecendo esses mecanismos, será possível desenvolver novos tipos de medicação para melhorar as funções da memória.

Quanto aos rumos da nova ciência da mente no porvir, no que se refere ao estudo do armazenamento da memória, o autor encerra sua narrativa declarando a certeza de que as abordagens celulares e moleculares continuarão produzindo informações importantes, mas que, sozinhas, não poderão elucidar os segredos das representações internas nos circuitos neurais ou das interações entre os circuitos (os passos-chave que ligam a neurociência celular e molecular à neurociência cognitiva).

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Título da revista: **Revista Anais da Faculdade de Medicina de Olinda**

Sigla: **afmo**

Abreviatura: **Anais FMO (sugestão)**

Editora: **Faculdade de Medicina de Olinda**

ISSN eletrônico: **2674-8487**

ISSN impresso: **2595-1734**

A Revista Anais da Faculdade de Medicina de Olinda reflete o pensamento e o compromisso com a produção do conhecimento baseado na responsabilidade social que assumimos como protagonistas, e como parte do Projeto de Desenvolvimento Institucional da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO). Visando fortalecer a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, além de consolidar um ensino de qualidade, ancorado em bases científicas e valores éticos, a revista foi criada à luz de uma linha editorial comprometida com um mundo sustentável e voltada para a medicina como uma profissão de forte componente social e humanizado.

A Revista Anais da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO) - Saúde Responsabilidade Social, criada em 2018, é um espaço científico para discussões, debates, apresentação de pesquisas, exposição de novas ideias e de controvérsias sobre a área.

Desde sua origem, a Anais da FMO cumpre fielmente requisitos de periodicidade semestral on-line e impressa para publicação científica seguindo as recomendações do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org) as quais são habitualmente utilizadas pelas áreas da medicina e ciências afins.

Atualmente, a Anais da FMO está devidamente registrada como periódico no sistema ISSN. Os artigos são publicados em fluxo contínuo e todos são de acesso livre e gratuito, ofertados por meio do link https://afmo.emnuvens.com.br. Ao publicarem seu artigo nos Anais FMO, os autores transferem os direitos autorais à revista e concedem a ela o direito de primeira publicação.

Os manuscritos são submetidos online por meio da plataforma, disponibilizada em https://afmo.emnuvens.com.br/afmo/about/submissions.

Todos os trabalhos submetidos à Anais FMO devem ter seguido as recomendações de ética em pesquisa da Declaração de Helsinque e as normas constantes nas Resoluções nº 466/2012 (http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf) e nº 510/2016 (http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf) do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

Estudos que analisam dados agregados e sem identificação das pessoas, tais como aqueles disponíveis em bancos de dados oficiais de domínio público, estão dispensados da aprovação do CEP.

Seguindo a orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS), nenhuma instância é superior ao CEP para analisar a natureza das propostas de investigação. O CEP que aprova a pesquisa deve ser registrado na CONEP.

É obrigatório o envio da cópia do parecer do CEP no ato da submissão.

A Anais FMO reconhece o processo de revisão por pares como uma importante etapa do processo editorial do artigo. Desta forma, procura oferecer análises com ética e máximo rigor científico, seguindo estas etapas:

Todo manuscrito recebido é analisado quanto a adequação do estudo ao escopo da revista, a contribuição que ele oferece ao avanço do conhecimento, a sua originalidade, o rigor

metodológico com que o estudo foi conduzido e a aderência das conclusões aos resultados apresentados. Além disso, os manuscritos são avaliados quanto à formatação segundo as instruções técnicas da revista. Caso alguma incorreção seja identificada, o manuscrito é devolvido ao autor de correspondência com a indicação do ajuste necessário. Apenas textos que atendam a todos os critérios de forma descritos nas "Instruções aos Autores" passam à revisão por pares.

A avaliação por pares é realizada no mínimo por duas pessoas, com vasta competência para análise do estudo. Todo o processo é duplo-cego, ou seja, revisores e autores não conhecem as identidades uns dos outros.

A Decisão editorial é dada com base nos pareceres dos revisores, podendo seguir um dos seguintes desfechos: (1) pela recusa do manuscrito; (2) por oferecer nova chance aos autores mediante apreciação e resposta aos pareceres recebidos; ou (3) aprovação com ou sem mudanças.

Artigos enquadrados no desfecho "1", recusa, serão devolvidos aos autores. No caso dos desfechos "2" e "3", mais de uma rodada de avaliação do manuscrito pode ser necessária. Conflito de pareceres terão novo parecer solicitado ou sofrerão arbitragem editorial. A não observância pelos autores dos prazos de revisão estipulados pela revista pode resultar no arquivamento da submissão. Artigos aprovados poderão receber modificações de diagramação, desde que, não alterem o mérito do trabalho.

A Anais FMO analisa todos os manuscritos submetidos em sistema para identificação de plágio.**Tipos de manuscritos aceitos**

Artigos originais é o relato completo de uma investigação clínica ou experimental com resultados inéditos de pesquisas (máximo de 3.400 palavras, sete autores e até 30 referências);

Artigos de revisão integrativa, sistemática e metanálise deverá versar sobre temas de interesse em saúde. Revisões narrativas não serão aceitas. Os autores deverão apresentar na introdução, os motivos que levaram à redação do artigo. Resumo e Abstract devem estar no formato narrativo com até 250 palavras (máximo de 3.400 palavras, sete autores e até 45 referências);

Comunicações breves relatos curtos dos resultados de pesquisa original. Em geral são análises mais enxutas e com breve discussão dos resultados (resumo e abstract devem estar no formato narrativo com até 120 palavras; o artigo deve ter até 1.000 palavras e contar com as seções Introdução, Métodos, Resultados e Discussão; até duas tabelas/figuras podem ser apresentadas ocupando até três páginas somadas; as referências apresentadas são limitadas a seis);

Relatos de Caso descrição de casos clínicos de interesse pela raridade, pela apresentação ou formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento (resumo e abstract devem estar no formato narrativo com até 120 palavras; o artigo deve ter até 2.000 palavras e contar com as seções Introdução, Relato de caso, e Discussão; até duas tabelas/figuras podem ser apresentadas ocupando até três páginas somadas; as referências apresentadas são limitadas a quinze; máximo de sete autores);

Relatos de Experiência descrição precisa de um autor ou uma equipe acerca de uma vivência profissional tida como exitosa ou não, mas que contribua com a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria do cuidado na saúde. Deverá incluir introdução com marco teórico de referência para a experiência, objetivos da vivência, metodologias empregadas (incluindo descrição do contexto e dos procedimentos), resultados observados e considerações finais. Resumo e abstract devem estar no formato narrativo com até 120 palavras; o artigo deve ter até 2.000 palavras e contar com até duas tabelas/figuras (as referências apresentadas são limitadas a quinze; máximo de sete autores);

Artigos metodológicos e ensaios teóricos/técnicos artigos que tratem de técnicas ou teorias utilizadas em estudos epidemiológicos; ou que retratem uma observação clínica original ou descrição de inovações técnicas apresentados de maneira concisa, não excedendo 1.500 palavras, cinco referências, duas ilustrações, resumo e abstract no formato narrativo

com até 120 palavras (até quatro autores).

Resenha crítica restrita a um livro ou filme da área médica e ciências afins. Texto argumentativo em que o autor descreve e analisa uma produção social, a fim de influenciar os seus leitores recomendando a obra pelas suas boas qualidades ou a rejeitando pelos seus excessos e defeitos. Deverá ser apresentada da seguinte forma: (1) apresentação - breve resumo da obra analisada tanto com informações técnicas quanto com informações sobre o conteúdo (do livro ou do filme); (2) análise – interpretação e análise da obra destacando seus principais pontos, sejam positivos ou negativos, acrescidas da exposição crítica do autor; (3) conclusão - parecer sobre a obra, retomando os principais pontos interpretados (máximo de 1000 palavras e até dois autores);

Cartas ao Editor comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Anais da Faculdade (de 500 a 700 palavras).

Editorial É o artigo inicial de um volume e, geralmente solicitado pelos Editores Chefe e Adjunto ao convidado com reconhecida capacidade técnica e científica.

A contagem das palavras contempla Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (folha de rosto, resumo, abstract, referências, tabelas e figuras não são incluídas nessa contagem).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Revista Anais da Faculdade de Medicina de Olinda, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. As informações e os conceitos presentes nos artigos, bem como a veracidade dos conteúdos das pesquisas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos são aceitos em português ou inglês e devem ser acompanhados do resumo no idioma original do texto, além de abstract em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do abstract no idioma original do artigo, além de resumo em português.

Os manuscritos devem ser enviados em formato DOC (Microsoft Word), espaçamento duplo entrelinhas e fonte “Arial” com tamanho 12. Não utilizar quebras de linha. Não utilizar hifenizações manuais forçadas. As abreviaturas citadas pela primeira vez no texto devem ser acompanhadas pelo termo por extenso. Título e resumo não deverão conter abreviações.

FOLHA DE ROSTO

Título do manuscrito em português e inglês (máximo de 25 palavras cada título);

Informação dos autores (nomes completos, e-mails, números ORCID, entidades institucionais de vínculo profissional com cidades, estados e países — titulação e cargo não devem ser descritos);

Indicação do autor para correspondência, com seu endereço completo e e-mail;

Conflito de interesses, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1595/2000, que proíbe a publicação de trabalhos com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos, disponível em https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2000/1595. O conflito de interesses deve ser apresentado da seguinte forma: “O(s) autores(s) (nominá-los) receberam suporte financeiro da empresa privada (mencionar o nome) para a realização deste estudo”. Caso não haja conflito de interesses, os autores devem declarar: “Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses”.

Fonte de financiamento, informando se público ou privado; se não houver, mencionar que o estudo não contou com financiamento;

Número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) ou número do parecer de aprovação do CEP;

Colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

Nas páginas que seguem, iniciando sempre em nova página, as seguintes seções devem ser apresentadas:

RESUMO E ABSTRACT

O resumo deverá obedecer às recomendações para cada categoria de manuscrito. De uma forma geral, deve conter, no máximo, 250 palavras e ser apresentado na forma estrutu-

rada, contemplando as seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. As mesmas regras aplicam-se ao abstract.

Os autores deverão apresentar no mínimo quatro e no máximo seis palavras-chave no idioma em que o manuscrito foi apresentado e em inglês. Caso o idioma seja o inglês, as palavras-chave também devem ser enviadas em português. Esses descritores devem estar padronizados conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis em http://decs.bvs.br/ .

REFERÊNCIAS

Devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a primeira menção no texto e utilizando-se algarismos arábicos sobrescritos, conforme as normas de Vancouver (www.icmje.org). A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética dos autores. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/ Medline. Devem constar os nomes dos seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Sempre que disponível, o Digital Object Identifier (DOI) deve ser informado ao final da referência, conforme exemplo a seguir. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento, Citações de livros e teses devem ser evitadas. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

ARTIGO DE PERIÓDICO

Ng OT, Marimuthu K, Koh V, Pang J, Linn KZ, Sun J, et al. SARS-CoV-2 seroprevalence and transmission risk factors among high-risk close contacts: a retrospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2021 Mar; 21(3):333-343. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30833-1

Jardim BC, Migowski A, Corrêa FM, Azevedo e Silva G. Covid-19 no Brasil em 2020: impacto nas mortes por câncer e doenças cardiovasculares. Rev Saude Publica. 2022; 56:22. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004040.

Relatório da Organização Mundial da Saúde

World Health Organization. Clinical Care for Severe Acute Respiratory Infection—Toolkit—Update 2022. Genebra: World Health Organization; 2022.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

Brasil. Casos de aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, segundo capital de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2021 [Internet]. 2021 [acessado em 12 abr. 2022]. Disponível em: http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def

FIGURAS E TABELAS

As tabelas e figuras deverão ser inseridas no final do manuscrito, seguida de suas respectivas legendas, não sendo permitido o envio em arquivos separados. Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de três páginas dedicadas a tabelas e figuras. Não formatar tabelas usando a tecla TAB.

As ilustrações podem ter, no máximo, 15 cm de largura na orientação retrato e 24 cm de largura na orientação paisagem e ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). São aceitas figuras coloridas. As fotos devem ser fornecidas em alta resolução; os gráficos, em formato editável; e as tabelas, equações, quadros e fluxogramas devem ser enviados sempre em arquivo editável (Microsoft Word ou Microsoft Excel), nunca em imagem.

FORMAS DE CONTATO

FMO
Anais da Faculdade de Medicina de Olinda
Annals of Olinda Medical School

Endereço físico: R. Dr. Manoel de Almeida Belo, 1333. Bairro Novo, Olinda, PE, Brasil. CEP.: 53030-030.

Telefone: +55 81 3011–5454

Website: https://afmo.emnuvens.com.br/afmo

Endereço eletrônico: anaisfmo@fmo.edu.br