

PUBLICAÇÃO OFICIAL DO NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA DO  
HOSPITAL SANTA CRUZ E PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO  
DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA DA UNISC

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - Suplemento 1 - 2016



EDIÇÃO ESPECIAL:



**X SEMANA ACADÊMICA  
DO CURSO DE MEDICINA**

**Farmacologia clínica:**  
Uso racional dos medicamentos

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## Editores:

- Marcelo CARNEIRO, MD, MSc  
Universidade de Santa Cruz do Sul,  
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
- Andréia Rosane Moura VALIM, PhD  
Universidade de Santa Cruz do Sul,  
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
- Lia Gonçalves POSSUELO, PhD  
Universidade de Santa Cruz do Sul,  
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
- Eliane Carlosso KRUMMENAUER, RN  
Hospital Santa Cruz,  
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil

## Editores Associados:

- Claudia Maria Maio CARRILHO, MD, MSc  
Universidade Estadual de Londrina,  
Londrina, PR, Brasil
- Fábio Lopes PEDRO, MD, MSc  
Universidade Federal de Santa Maria,  
Santa Maria, RS, Brasil
- Luis Fernando WAIB, MD, MSc  
Pontifícia Universidade Católica de Campinas,  
Campinas, SP, Brasil

## Assessoria Editorial:

Janete Aparecida Alves Machado, NT

## Revisão de Inglês:

Sonia Maria Strong

## Secretária

Bruna Toillier

## Editor de Layout:

Álvaro Ivan Heming  
aih.alvaro@hotmail.com

## Conselho Editorial:

- Alberto Novaes Ramos Junior, PhD  
Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil
- Alexandre Vargas Schwarzbald, PhD  
Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil
- Andrea Lúcia Gonçalves da Silva, PhD  
Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
- Andreza Francisco Martins, PhD  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil
- Clodoaldo Antônio de Sá, PhD  
Universidade Comunitária da Região de Chapecó, SC, Brasil
- Daniel Gomes Alvarenga, MSc  
Universidade Vale do Rio Doce, MG, Brasil
- David Jamil Hadad, PhD  
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil
- Diego Rodrigues Falci, MSc  
Hospital Nossa Senhora da Conceição, RS, Brasil
- Flavia Julyana Pina Trench, MSc  
Universidade Federal da Integração Latino-Americana, PR, Brasil
- Gisela Unis, PhD  
Hospital Sanatório Partenon, RS, Brasil
- Guilherme Augusto Armond  
Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital das Clínicas, MG, Brasil
- Heloisa Helena Karnas Hoefel, PhD  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil
- Karen Mello de Mattos, MSc  
Centro Universitário Franciscano, RS, Brasil
- Lessandra Michelim, PhD  
Universidade de Caxias do Sul, RS, Brasil
- Luciano Nunes Duro, PhD  
Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil
- Magno Conceição das Mercedes, MSc  
Universidade do Estado da Bahia, BA, Brasil
- Marcia Regina Eches Perugini, PhD  
Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil
- Marcos Toshiyuki Tanita, MSc  
Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil
- Nadia Mora Kuplich, MSc  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil
- Pedro Eduardo Almeida Silva, PhD  
Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil
- Rodrigo Pereira Duquia, PhD  
Universidade Luterana do Brasil, RS, Brasil
- Suzanne Frances Bradley, PhD  
University of Michigan Geriatrics Center: Research, EUA
- Thiago Prado Nascimento, MSc  
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil
- Valéria Saraceni, PhD  
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, RJ, Brasil

## Elaboração, veiculação e informações:

Núcleo de Epidemiologia do Hospital Santa Cruz  
Rua Fernando Abott, 174 - 2º andar - Bairro Centro - Santa Cruz do Sul/RS - CEP 96810-150  
TELEFONE/FAX: 051 3713.7484 / 3713.7449 / E-MAIL: reci@hotmail.com

Veiculação: Virtual

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

R454 Revista de epidemiologia e controle de infecção [recurso eletrônico] / Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Santa Cruz, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde. Vol. 6, Suplemento 1 (2016) - Santa Cruz do Sul : EDUNISC, 2016.

Dados eletrônicos.

Modo de acesso: World Wide Web: <<http://www.unisc.br/edunisc>>

Trimestral

eISSN 2238-3360

Temas: 1. Epidemiologia - Periódicos. 2. Microbiologia - Periódicos.

3. Doenças transmissíveis - Periódicos.

I. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital Santa Cruz. II. Título.

CDD: 614.405

## EDITORIAL

### *X Semana Acadêmica do Curso de Medicina: Farmacologia Clínica: Uso racional de Medicamentos*

A X Semana Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul foi realizada sob a organização do Diretório Acadêmico Professor Pedro Lúcio de Souza. As atividades ocorreram entre os dias 20 e 23 de outubro de 2015, no campus sede da UNISC e na ala acadêmica do Hospital Santa Cruz, com atividades nos três turnos, incluindo palestras, "workshops" e apresentação de trabalhos científicos.

As palestras desta edição do evento tiveram enfoque na Farmacologia Clínica, com temas como prescrição e desprescrição de medicamentos, influência da indústria farmacêutica na escolha das terapias, antibioticoterapia, como escolher anti-hipertensivos e anti-concepcionais, prescrição de psicotrópicos e prescrições frequentes em pediatria. Também oferecemos aos alunos palestras sobre meditação e transfusões sanguíneas. As palestras foram ministradas por conceituados profissionais na área médica, contando com palestrantes de várias cidades do Rio Grande do Sul.

No tocante aos trabalhos científicos, a X SAM recebeu a inscrição de 68 trabalhos em duas categorias: trabalho original e relato de caso. O melhor trabalho original e melhor relato de caso foram apresentados oralmente no decorrer da programação da

SAM, sendo os demais trabalhos expostos na forma de pôster no Centro de Convivência da UNISC. Os trabalhos apresentados na forma oral receberam premiação. A comissão avaliadora dos trabalhos foi composta pelos professores Clauceane Wenzke Zell, Claus Dummer, Cristiane Pimentel Hernandes, Cynthia Caetano, Daniela Teixeira Borges, Dennis Baroni Cruz, Fabiani Renner, Leandro Assmann, Marília Dornelles Bastos, Paulo Roberto Laste, Pedro Lúcio de Souza e Tatiana Kurtz.

A Semana Acadêmica do Curso de Medicina da UNISC é um evento organizado pelos alunos e para os alunos e, a cada ano, procura oportunizar a discussão de importantes temas na Medicina e estimular os acadêmicos à participação na produção científica da Universidade, considerada tão importante para a formação integral do médico. Assim, agradecemos a todos que participam e contribuem para que as Semanas Acadêmicas da Medicina se tornem a cada ano um momento mais importante para troca de conhecimentos e experiências entre os alunos. Apresentamos, então, nessa edição especial da Revista Epidemiologia e Controle de Infecção, os resumos dos trabalhos científicos da X SAM.

Boa leitura a todos!

**Prof. Dr. Dennis Baroni Cruz**

*Coordenador do Curso de Medicina - UNISC  
Gestão 2016 - 2017*

**Acad. Andressa Stella Kuhn**

*Presidente do Diretório Acadêmico da Medicina - UNISC  
Gestão 2016 - 2017*



# X SEMANA ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA

## Farmacologia clínica: Uso racional dos medicamentos

### **Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) Gestão 2014/2015**

**Coordenadora:**

Susana Fabíola Mueller

**Vice Coordenador:**

Dennis Baroni Cruz

**Representante da Coordenação no Evento:**

Dennis Baroni Cruz

### **Diretório Acadêmico Professor Pedro Lúcio de Souza**

**Presidente:**

Priscila Ferreira Cortez

**Vice Presidente:**

Bruna Polanski Costa

**1º Secretário:**

Leonardo Silveira Nascimento

**2ª Secretária:**

Fernanda Pitelkow Figueira

**1ª Tesoureira:**

Débora Cristina Haack Bassani

**2ª Tesoureira:**

Mariana Grossi

### **Comissão organizadora**

Alessandra Caren Frey  
Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa  
Bruna Polanski Costa  
Carolina Patrícia Schneider  
Débora Cristina Haack Bassani  
Fernanda Pitelkow Figueira  
Leonardo Silveira Nascimento  
Mariana Grossi  
Maura David  
Priscila Ferreira Cortez  
Victório Zanella Netto

### **Comissão científica**

Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa

Mariana Grossi

### **Comissão avaliadora**

Clauceane Wenzke Zell

Claus Dummer

Cristiane Pimentel Hernandes

Cynthia Krolow Caetano

Daniela Teixeira Borges

Dennis Baroni Cruz

Fabiani Renner

Leandro Assmann

Marília Dornelles Bastos

Paulo Roberto Laste

Pedro Lúcio de Souza

Tatiana Kurtz



## TRABALHOS DE LIGAS - Relatos de Experiência

### 1. BLOQUEIO REGIONAL GUIADO POR ULTRASSOM EM PACIENTE ANTICOAGULADA E COM MÚLTIPLAS COMORBIDADES

**Jorge Elias Dalferth de Oliveira<sup>1</sup>, Jesica Caroline Dallazem<sup>1</sup>, Luiz Carlos Wyse do Amaral Junior<sup>1</sup>, Mauricio Volpato<sup>1</sup>, Ticiane Ciocari Zago<sup>1</sup>, Guaraci de Azambuja<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [j\\_oliveira8@hotmail.com](mailto:j_oliveira8@hotmail.com)

**Introdução.** Pacientes em uso de medicação antitrombótica e com múltiplas comorbidades são um desafio ao anestesio- logista. Diversas complicações podem surgir durante todo o curso da anestesia. A escolha do melhor tipo de anestesia para esses pacientes deve levar em conta as comorbidades associadas ao paciente e a repercussão sistêmica do anestésico, visando reduzir a morbimortalidade e o risco de complicações transoperatórias. O bloqueio regional guiado por ultrassom é uma opção segura em pacientes anticoagulados, pois promove analgesia efetiva intra e pós-operatória, e contribui para o aumento da precisão e da eficiência durante procedimentos que requerem colocação de agulhas. O objetivo desse relato foi avaliar a segurança do bloqueio regional guiado por ultrassom em paciente em uso de medicação antitrombótica, revisar os riscos desses pacientes frente à necessidade de anestesia, as recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia para segurança na anestesia regional em uso de anticoagulantes, e a importância da ampliação dessa tecnologia para novos centros.

**Relato.** J.N.P, feminina, 92 anos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação atrial crônica, doença arterial periférica e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), admitida no serviço com oclusão arterial aguda com 24h de evolução em artéria femoral esquerda, dor no membro inferior esquerdo, alteração de coloração e temperatura e ausência de pulso. Paciente em bom estado geral (BEG), lúcida, orientada e coerente (LOC) e hemodinamicamente estável. Apresenta anticoagulação plena com heparina em bomba de infusão, KTTTP de 85, cardiopatia isquêmica sem exames laboratoriais quantificando a função cardíaca, com contra-indicação de bloqueio de neuroeixo (anestesia raquidiana ou peridural) devido ao uso de anticoagulante e grande risco de complicações cardíacas caso fosse realizada anestesia geral. Nesse caso, optou-se por um bloqueio femoral guiado por ultrassom, com infusão de 10 ml de Levobupivacaina 0,5mg/ml e 10ml com Lidocaína 2% com vasoconstritor, associado a sedação leve com Ketamina e Nilperidol,

sem necessidade de intubação orotraqueal (IOT). Realizou-se embolectomia (Figura 1), com tempo de cirurgia de 1 hora. Durante o procedimento, não houve complicações cirúrgicas e anestésicas. A paciente manteve sua pressão arterial sistólica (PAS) entre 110 e 120 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) entre 60 e 70 mmHg, sua frequência cardíaca variou entre 100 e 110 batimentos por minuto (BPM), e a saturação de oxigênio durante o procedimento foi de 92%. Ao fim do procedimento, paciente se encontrava estável, com PAS de 110 e PAD de 50 mmHg, frequência cardíaca de 90 BPM e saturação de oxigênio de 96%. No primeiro dia pós operatório, paciente se encontrava LOC, comunicativa, sem queixas de algia, boa aceitação da dieta via oral, respirando espontaneamente em ar ambiente, com acesso venoso periférico em membro superior direito para infusão da medicação prescrita, presença de eliminações vesicais em sonda vesical de demora e com membro inferior esquerdo frio abaixo do joelho ao comparar com membro inferior direito, porém com pés na mesma temperatura. No relato descrito acima, o bloqueio femoral guiado por ultrassom se mostrou uma alternativa segura para a paciente, a medida que não houve alterações hemodinâmicas no transito operatório, preveniu possíveis complicações associadas a bloqueio do neuroeixo e a anestesia geral, e promoveu uma analgesia efetiva intra e pós-operatória, com satisfação da paciente e do cirurgião.



Figura 1. Embolo Retirado na Cirurgia

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Discussão.** O número de pacientes em uso de medicamentos anticoagulantes vem crescendo nas últimas décadas em virtude do envelhecimento e da maior expectativa de vida da população. O uso de anticoagulante é o fator de risco mais frequentemente associado a hematoma espinhal (HEP) após anestesia neuroaxial e de grande preocupação para o anestesiológico. O HEP é uma emergência neurocirúrgica e pode levar a danos neurológicos irreversíveis, sendo mandatório um diagnóstico precoce e um protocolo bem estabelecido. A incidência de HEP é baixa em revisão da literatura, 1:220.000 em anestesia subaracnóidea e 1:150.000 em anestesia peridural<sup>1</sup>. Entretanto, com a rotina de tromboprofilaxia perioperatória os estudos sugerem que a incidência de HEP seja maior, variando de acordo com o tipo de cirurgia, a idade e o gênero dos pacientes. O risco estimado em mulheres idosas submetidas à artroplastia de joelho foi de 1:3600 em estudo publicado em 2004 pela Sociedade Americana de Anestesiologia<sup>2</sup>. Frente a esse desafio uma alternativa segura para esses pacientes é o bloqueio de nervos periféricos guiados por ultrassom. Com o uso cada vez maior da ultrassom para auxílio de bloqueios periféricos e de plexo, o número de complicações, como punção vascular, diminuiu por causa da visualização dinâmica das estruturas adjacentes ao nervo a ser bloqueado<sup>3</sup>. O risco associado a bloqueio de plexos e nervos periféricos ainda é indefinido, e embora a maioria dos casos tenha evoluído sem dano neurológico, houve prolongamento da estada hospitalar, com prejuízo e insatisfação do paciente, assim como necessidade de transfusão de concentrados de hemácias, alguns apresentaram déficits motores e sensitivos, insuficiência renal e morte por hemorragia<sup>4-6</sup>. As recomendações das Sociedades Europeias de Anestesiologia ainda divergem quanto a classificação dos bloqueios neuroaxiais e dos bloqueios de nervos periféricos ou plexo em pacientes em uso de anticoagulante<sup>7-8</sup>. A Sociedade Brasileira de Anestesiologia recomenda que em bloqueio de nervo periférico deve-se respeitar intervalo entre administração da heparina de baixo peso molecular e inserção/retirada de cateteres semelhante aos aplicados aos bloqueios neuroaxiais; não retirar qualquer cateter no período de maior atividade do anticoagulante; bloqueios paravertebrais ou de plexo lombar recebem as mesmas recomendações usadas nos bloqueios neuroaxiais, e bloqueios superficiais, como axilar, femoral ou ciático distal, podem ser feitos na presença de terapia anticoagulante ou antiplaquetária<sup>9</sup>. O presente trabalho assume devida importância em virtude da gravidade clínica associada às complicações de bloqueios do neuroeixo em pacientes anticoagulados e a necessidade de alternativas seguras para realização da anestesia nesses pacientes. Os bloqueios regionais guiados por ultrassom são uma prática nova na anestesia e restrito a grandes centros, o que limita seu uso. A extensão dessa tecnologia para novos centros é de grande importância para o médico

anestesiologista, pois proporciona maior precisão para realização da anestesia e aumenta o número de possibilidades anestésicas em paciente com risco de complicações. Com a adoção das recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia e a extensão dessa tecnologia, acredita-se que as próximas evidências demonstrarão a efetividade do bloqueio regional guiado por ultrassom e a redução das complicações relacionadas a bloqueios anestésicos em pacientes anticoagulados.

## Referências.

1. Tryba M. Epidural regional anesthesia and low molecular heparin: Pro. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 1993;28:179-81.
2. Moen V, Dahlgren N, Irestedt L. Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990-1999. *Anesthesiology.* 2004;101:950-9.
3. Marhofer P, Chan VWS. Ultrasound-guided regional anesthesia: current concepts and future trends. *Anesth Analg.* 2007;104:1265-9.
4. Aveline C, Bonnet F. Delayed retroperitoneal haematoma after failed lumbar plexus block. *Br J Anaesthesia.* 2004;93: 589-91.
5. Maier C, Gleim M, Weiss T et al. Severe bleeding following lumbar sympathetic blockade in two patients under medication with irreversible platelet aggregation inhibitors. *Anesthesiology.* 2002;97:740-3.
6. Weller RS, Gerancher JC, Crews JC et al. Extensive retroperitoneal hematoma without neurologic deficit in two patients who underwent lumbar plexus block and were later anticoagulated. *Anesthesiology.* 2003;98:581-5.
7. Buttner J, Burkle H, Gogarten W et al. Thromboembolism prophylaxis and peripheral nerve blocks for regional anaesthesia. Guideline of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. *Anaesth Intensiv Med.* 2005;46:319-22.
8. Kozek-Langenecker SA, Fries D, Gu M et al. Locoregional anesthesia and coagulation inhibitors. Recommendations of the Task Force on Perioperative Coagulation of the Austrian Society for Anesthesiology and Intensive Care Medicine. *Anaesthesist.* 2005;54:476-84.
9. Fonseca NM et al. Recomendações da SBA para segurança na anestesia regional em uso de anticoagulantes. *Rev Bras Anesthesiol.* 2014;64(1):1-15

## 2. CATETER DUPLO J CALCIFICADO: RELATO DE CASO

**Guilherme Dagnese<sup>1</sup>, Patrícia Micheli Tabile<sup>1</sup>, Ingre Paz<sup>1</sup>, Sandro Eduardo Laste<sup>1</sup>, Paulo Roberto Laste<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [guilherme\\_dagnese@yahoo.com.br](mailto:guilherme_dagnese@yahoo.com.br)

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Introdução.** A primeira descrição da inserção cistoscópica de cateteres como forma de tratamento de obstrução ureteral ocorreu na década de 60. Os primeiros cateteres urinários eram feitos de silicone e não tinham características que pudessem prevenir adequadamente sua migração através do trato urinário. Recentemente, surgiram cateteres urinários com perfurações laterais, que aumentam a possibilidade de drenagem através de seu orifício central, e com as extremidades proximal e distal em forma de anel (como os cateteres duplo-J), sendo mais resistentes à migração. As patologias urológicas obstrutivas necessitam de tratamentos específicos, incluindo a colocação de cateteres. A European Association (EAU) no *Guideline on Urolithiasis*, de 2001, relata que o uso de cateteres duplo J reduz o risco de complicações infecciosas e obstrutivas associadas ao tratamento com litotripsia extracorpórea de cálculos renais grandes. Recomenda o uso profilático de cateteres duplo J associado à litotripsia extracorpórea no tratamento de cálculos renais com diâmetro maior que 2 cm, sugerindo o uso concomitante de cateteres urinários apenas como parte do tratamento de escolha em casos de litíase associada a infecção. Algumas das possíveis complicações desse procedimento são: irritação vesical, obstrução, hematuria, ruptura do cateter, febre, ruptura ureteral, infecção urinária, perfuração ureteral, inflamação tecidual, migração do cateter e calcificação. A forma de tratamento mais aceita para correção da complicação descrita nesse relato, a calcificação do cateter duplo-J, é remoção por via percutânea.

**Relato.** R.I.H., 46 anos, feminino, comparece a um serviço de urologia apresentando dor lombar no período menstrual e um quadro clínico de infecção urinária associado a disúria, sem alterações ao exame físico. Foi então solicitada tomografia computadorizada renal, a qual confirmou hidronefrose à esquerda, sem causa aparente, e bexiga de paredes espessadas, sugestivo de neoplasia. Foi realizado exame de cistoscopia, o qual visualizou uma lesão violácea vegetante. A lesão foi ressecada e passou-se um cateter duplo J devido à hidronefrose à esquerda. O laudo do exame anatomo-patológico diagnosticou endometriose. A paciente permaneceu com o cateter duplo J por 2 meses, na retirada evidenciou-se a presença de calcificação na extremidade localizada na bexiga. O tamanho da calcificação (figura 1) não permitia a passagem do cateter pela uretra. Foi realizada a pulverização e fragmentação cistoscópica com *Yag laser* da parte calcificada do duplo j intravesical para realização da remoção endoscópica do mesmo.

**Discussão.** Sabe-se que o uso de cateter duplo J nos procedimentos urológicos não é consenso. Muitos autores defendem que a abordagem minimamente invasiva com manipulação cuidadosa do ureter pode ser suficiente para uma boa cicatrização do órgão, sem complicações, e dispensando a utilização do cateter ureteral. Tradicionalmente, com o objetivo de evi-

tar obstruções e cólica renal após o procedimento, diversos grupos defendem a colocação de cateter duplo J. Associa-se a isto a possibilidade de prevenir estenoses e o auxílio à passagem de fragmentos de cálculos. Contudo, muitos pacientes referem desconforto com o cateter e complicações como infecção/pielonefrite, migração e formação de cálculos. Em alguns estudos encontra-se o emprego do cateter duplo J associado a um número significativamente menor de complicações na ureterolitotripsia transureteroscópica. O cateter duplo J é fabricado em Poliuretano Alifático (PUR), material especialmente criado para aplicações médicas, já que o poliuretano é um material que se adéqua a temperatura corporal. As principais complicações estão relacionadas ao tempo de manutenção. No caso dessa paciente que teve uma complicação incomum, o tempo parece não ter sido um grande fator influência, já que ele permaneceu somente por 2 meses. Em relação ao manejo terapêutico para controlar o desconforto causado pelo uso do cateter duplo j, ensaios clínicos randomizados tem demonstrado que alfa agonistas (tansulosina e alfuzosina) diminuem a dor e devem ser usados desde que não haja contra-indicações a sua utilização

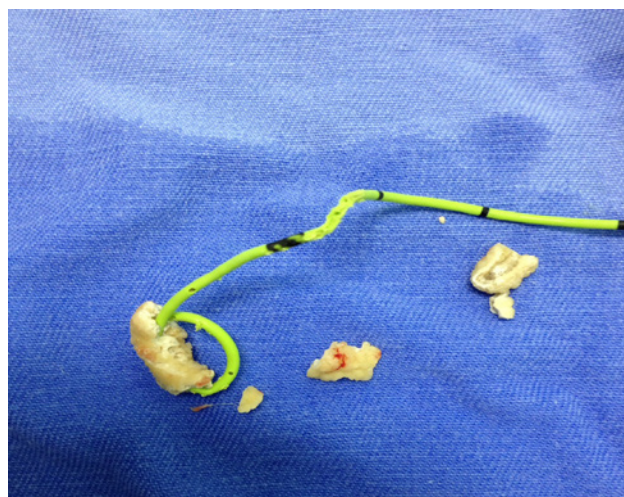


Figura 1. Calcificação de cateter Duplo J.

## Referências.

1. CAVALLI, Alexandre Cavalheiro et al. The use of double-J catheter decreases complications of retroperitoneoscopic ureterolithotomy. *Rev. Col. Bras. Cir.* [online]. 2012, vol.39, n.2, pp. 112-118.
2. Tiselius HG et al. European Association of Urology. Guidelines in Urolithiasis; 2001.



## RELATO DE EXPERIÊNCIA

- Al-Awadi KA et al. Steinstrasse: a comparison of incidence with and without J stenting and the effect of J stenting on subsequent management. *BJU International*, 1999; 84: 618-621.
- Sivalingam S, Monga M. Management of Ureteral Stent Discomfort in Contemporary Urology Practice. *Urology Practice* 1, 2014, 141-145.

### 3. EMBOLIZAÇÃO INTRACARDÍACA DE FILTRO DE VEIA CAVA INFERIOR

**Fernanda Schuh Martins<sup>1</sup>, Anamaria Piaia Zanatta<sup>1</sup>, Daniela de Moraes<sup>1</sup>, Mariana Almudi Souza<sup>1</sup>, Rafael Botelho Foernges<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [fee\\_smartins@hotmail.com](mailto:fee_smartins@hotmail.com)

**Introdução.** O uso de filtros de veia cava inferior (FVCI) tem aumentado nos últimos anos. Sua colocação é indicada em pacientes que apresentam trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolismo pulmonar (TEP) com contraindicação ou complicações relacionadas à anticoagulação. O filtro também pode ser usado em adição à terapia anticoagulante, nos pacientes com TEP recorrente<sup>1</sup>. Os FVCI são feitos de titânio, aço inoxidável, ou de outros metais não reativos. Sua instalação é realizada de maneira percutânea, em sala de angiografia ou bloco cirúrgico, com radioscopia e infusão de contraste iodado, sendo posicionado tradicionalmente abaixo das veias renais<sup>2</sup>. A taxa de complicações precoces é de 1 a 12,4% e a incidência de complicações tardias é de 1,7 a 33%, sendo a migração do filtro extremamente rara<sup>3</sup>. Nesse contexto, relatamos um caso de embolização intracardíaca de FVCI.

**Relato.** M.L.C, masculino, 44 anos, diabético, hipertenso, com insuficiência cardíaca direita, ex-fumante, procura o pronto atendimento dia 01/09/15 referindo dor pré-cordial exacerbada com a inspiração há 1 dia. Nega outras queixas. Paciente com FVCI devido a TVP prévia. Exames complementares (02/09/15): Troponina- 0,940; CK-MB- 4. Paciente foi então submetido a cateterismo cardíaco no dia 03/09/15 que evidenciou presença de corpo estranho intracardíaco, em ventrículo direito, confirmado por ecocardiografia. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e tamponamento cardíaco, tendo que ser transferido para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com urgência para realização de pericardiocentese no dia 04/09/15. Paciente foi submetido à cirurgia cardíaca de urgência no mesmo dia para a retirada do corpo estranho, sendo feita plastia de folheto valvar e confirmada a suspeita de ser o FVCI. Pós-operatório sem intercorrências. Paciente recebeu alta da UTI no 3º dia pós-operatório. História médica progressiva: ressecção cirúrgica de astrocitoma difuso grau II em 18/06/2015. Re-internação em outro serviço por suspeita

de abscesso cerebral em 15/07/2015, com quadro de dispneia; ecodoppler 20/07/15 com TVP e TEP provável, sendo submetido à colocação de FVCI no dia 21/07/15, devido à contraindicação da terapia anticoagulante por possibilidade de nova intervenção neurocirúrgica. Paciente persistiu com dispneia, sendo realizada angiotomografia de tórax que evidenciou TEP bilateral em ramos principais, sendo iniciada anticoagulação devido ao risco/benefício no dia 27/07/15.

**Discussão.** FVCI são mundialmente utilizados para prevenção de TEP. As complicações do seu uso são raras e usualmente são decorrentes do seu posicionamento, incluindo hemorragias e infecção do sítio de punção, reações alérgicas ao contraste e mau posicionamento do filtro. Após o posicionamento, pode ocorrer trombose venosa aguda, hematomas, fístulas arteriovenosas e, a longo prazo, migração do filtro e trombose crônica ou recorrente<sup>4</sup>. A incidência das complicações varia dependendo do tipo de filtro utilizado e a migração do filtro de veia cava tem prevalência relatada que varia de 3-12%<sup>5</sup>. Entretanto, a completa migração do filtro para o coração é uma complicação ainda mais rara, com prevalência que varia de 0,1-1,2% dos casos<sup>6</sup>. No caso relatado, o FVCI migrou para o ventrículo direito, tendo de ser submetido à cirurgia cardíaca para retirada do mesmo. Outros casos já foram relatados com a mesma complicação, entretanto, quase todos os casos de migração do filtro são assintomáticos<sup>7,8</sup>. Em relação ao tempo transcorrido entre a colocação do dispositivo e a embolização, há relatos de ocorrer horas até meses após o procedimento<sup>1</sup>. No caso relatado, a embolização ocorreu 42 dias após a colocação do FVCI. A permanência de corpos estranhos intracardíacos pode levar a complicações como septicemia, abscesso pulmonar, embolia pulmonar, arritmias, perfuração e morte súbita<sup>9</sup>. Entretanto, não há consenso de qual o melhor método para retirada do filtro<sup>1</sup>. Neste caso, foi optado pela cirurgia aberta devido a complicações com necessidade de valvoplastia e pela presença de tamponamento cardíaco como agravante do caso. Dessa forma, o melhor tratamento deve ser individualizado para cada paciente. O tamponamento cardíaco é uma complicação rara da migração do FVCI. Na literatura foram relatados dois casos de migração do FVCI para o coração, sendo um com perfuração de ventrículo direito e outro com tamponamento cardíaco, sem demais achados na literatura sobre tal complicação<sup>10</sup>. Portanto, apesar do FVCI ser utilizado em todo o mundo como uma forma bem sucedida de evitar TEP, ressalta-se a importância de conhecer suas possíveis complicações que, apesar de raras, são potencialmente fatais.

#### Referências.

- Soeiro AM, Fernandes FL, Teixeira RP, Nicz PFG, Soeiro MCDA, Serrano Jr. CV. Intracardiac embolization of inferior vena cava filter associated with right atrium perforation and cardiac

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

- tamponade. Rev Bras Cir Cardiovasc 2014;29(2):285-288.
2. Nesar RA, Capasso FM, Homa CMO. Implante de filtro de veia cava inferior guiado por ultra-som: relato de dois casos. J. vasc. bras 2006;5(1):71-73.
  3. Rao B, Duran C, Steigner ML, Rybicki FJ. Inferior Vena Cava Filter-Associated Abnormalities: MDCT Findings. American Journal of Roentgenology 2012; 198(6):605-610.
  4. Helling TS, Kaswan S, Miller SL, Tretter JF. Practice patterns in the use of retrievable inferior vena cava filters in a trauma population: a single-center experience. J Trauma 2009;67:1293.
  5. Joels CS, Sing RF, Heniford BT. Complications of inferior vena cava filters. Am Surg 2003;69(8):654-659
  6. Athanasoulis CA, Kaufman JA, Halpern EF, Waltman AC, Geller SC, Fan CM. Inferior vena caval filters: review of a 26-year single-center clinical experience. Radiology 2000;216(1):54-66.
  7. Rasuli P, Mehran R, French G, et al: Percutaneous retrieval of a vena cava filter from the right atrium: Case report. Can Assoc Radiol J 2000;51:30-35.
  8. Kelly IM, Boyd CS: Buckling of the tethering catheter causes migration of a temporary cava filter to the right atrium. Clin Radiol 1999;54:398-401.
  9. Arjomand H, Surabhi S, Wolf NM. Right ventricular foreign body: percutaneous transvenous retrieval of a Greenfield filter from the right ventricle--a case report. Angiology 2003;54:109.
  10. Nicholson W, Nicholson WJ, Tolerico P, et al. Prevalence of fracture and fragment embolization of Bard retrievable vena cava filters and clinical implications including cardiac perforation and tamponade. 2010 Nov;170(20):1827-31.

## 4. ESPOROTRICOSE CUTÂNEOLINFÁTICA: RELATO DE CASO DE UM PACIENTE ATENDIDO NUMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Leonardo Silveira Nascimento<sup>1</sup>, Cássia da Luz Goulart<sup>1</sup>, Guilherme Lovison Dagnese<sup>1</sup>, Jéssica Andréa Fernández Pérez<sup>1</sup>, Michel Cristian Grasel<sup>1</sup>, Luciano Nunes Duro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. leo\_silveira\_nascimento@hotmail.com

**Introdução.** A esporotricose é uma infecção subcutânea causada pelo fungo *Sporothrix schenckii*, o qual vive no solo em associação com restos vegetais, em regiões de climas temperado e tropical úmidos<sup>1-3</sup>. Esta zoonose de distribuição cosmopolita é a mais comum das micoses subcutâneas, principalmente em algumas regiões do Sul do Brasil, e pode afetar

tanto seres humanos quanto animais, em especial os gatos<sup>1,4,5</sup>. Após ferimentos que levam a rupturas na pele, ocorre a inoculação direta do fungo, que pode causar infecção cutânea ou subcutânea geralmente localizada, podendo associar-se a comprometimento linfático regional<sup>1</sup>. Formas disseminadas, afetando órgãos internos, são menos comuns e estão associadas a quadros de imunodeficiência. Trata-se de uma doença relacionada a atividades ocupacionais, ocorrendo com maior frequência em trabalhadores que lidam com solos e vegetais contaminados com esporos do *S. schenckii*, como floristas, horticultores, jardineiros, caçadores, exploradores de madeiras e veterinários<sup>1,2,6</sup>. As manifestações clínicas da doença incluem esporotricose cutânea (localizada e cutaneolinfática), invasiva (disseminada, osteoarticular, pulmonar) e sistêmica. As formas mais comumente encontradas são a cutaneolinfática e a cutânea localizada, correspondendo a 90% dos casos. A primeira se inicia como um nódulo ou lesão ulcerada no local da inoculação do fungo e segue o trajeto ascendente dos vasos linfáticos, com nódulos indolores que, com o passar do tempo, podem ulcerar e fistular. Já a forma cutânea localizada se caracteriza por uma lesão única no local da inoculação, a qual pode aparecer como pápulas, pústulas, abscessos, placas achatadas ou lesões eritematosas<sup>2,7</sup>. O itraconazol é o agente antimicótico para o tratamento da esporotricose, sendo a dose recomendada de 100 mg/dia, com boa tolerância e levando à cura em média em 90 dias<sup>8-10</sup>. Este estudo visa relatar o caso de um paciente portador de lesão indicativa de esporotricose, apontando as dificuldades encontradas pela equipe de saúde para a implementação do plano terapêutico.

**Relato.** As informações contidas neste relato de caso foram obtidas através da coleta de dados do prontuário do paciente e de informações oriundas do médico responsável pelo atendimento, bem como de registro fotográfico da lesão. O paciente foi atendido em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Ibarama, situado na região centro oriental do estado do Rio Grande do Sul. Paciente masculino de 61 anos de idade, agricultor, chega à ESF acompanhado por seus familiares. Encontrava-se em estado sugestivo de embriaguez, apresentando hálito etílico. Os familiares relataram que o paciente é etilista há cerca de 8 anos. À consulta demonstrou-se desorientado, em estado de sonolência e portando-se de forma não cooperativa durante a anamnese. Ao exame físico, apresentou frequência cardíaca de 86 bpm, frequência respiratória de 18 mrpm, pressão arterial de 140x90 mmHg, abdome depressível à palpação e ausência de visceromegalias. Apresentava lesão de aspecto vegetante, com esfoliações e de consistência endurecida em alguns locais, localizada na face medial do membro inferior direito, se estendendo desde o limite inferior da perna até a região inguinal. Familiares referiram a presença desta lesão há 42 anos, a qual surgiu a partir

## RELATO DE EXPERIÊNCIA



Figura 1. Aspecto da lesão no momento da consulta.

de um ferimento e foi se desenvolvendo até atingir o aspecto mostrado na Figura 1. Foi feita a hipótese diagnóstica de esporotricose.

**Discussão.** O relato apresentado consiste em uma esporotricose cutaneolinfática. Um dos aspectos notáveis deste caso é o tempo de evolução da doença, o que evidencia, dentre outros fatores, a dificuldade de acesso à assistência em saúde ainda existente em locais mais afastados dos centros urbanos, como foi a situação deste agricultor, o qual levou aproximadamente 42 anos para receber o diagnóstico. Ainda que o paciente não tenha se demonstrado colaborativo na aplicação do plano terapêutico, prescreveu-se Itraconazol 200 mg por dia no primeiro mês e 100 mg por dia nos meses seguintes, durante 3 a 6 meses, até a melhora clínica. Ademais, foi orientado que ele cessasse imediatamente o alcoolismo, evitando uma reação tipo dissulfiram (sensação de morte iminente), dada a provável interação do álcool com o antifúngico prescrito. Também foram solicitados exames para avaliação da função hepática, para fins de monitoramento durante a terapêutica. Devido ao fato de o paciente residir em uma região afastada e não dispor de meios para se deslocar à ESF com frequência, a equipe de saúde, através de visitas domiciliares (VDs), aborda aspectos relacionados à micose, bem como oferece apoio psicológico para que o paciente adira ao tratamento de forma efetiva. Entretanto, no decorrer das VDs, percebeu-se que ele não abandonou o vício pelo álcool e, infelizmente, interrompeu o tratamento medicamentoso após o primeiro

mês. Ainda que a adesão ao tratamento tenha se dado de forma incompleta, visto que apenas uma pequena parte dele foi cumprida, verificou-se leve regressão das lesões.

### Referências.

1. Neto RJP et al. Esporotricose cutânea disseminada como manifestação inicial da síndrome da imunodeficiência adquirida – relato de caso. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* 1999;32(1):57-61. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v32n1/0519.pdf>>.
2. Barros MBL et al., Esporotricose: a evolução e os desafios de uma epidemia. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(6):455–60. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n6/07.pdf>>.
3. Marques SA et al. Esporotricose do gato doméstico (*Felis catus*): transmissão humana. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* 1993;35(4):327-330. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46651993000400004>>.
4. Hugo CP, Rocha RD, Ferreira MFR. Esporotricose humana: aspectos clínicos, laboratoriais e caso clínico. *Pós em Revista* 2012;6:217-22,. Disponível em: <<http://blog.newtonpaiva.br/pos/wp-content/uploads/2013/04/PDF-E6-FARM27.pdf>>.
5. Lopes, BLM, Armando CROS. *Sporothrix schenckii* and sporotrichosis. *An. Acad. Bras. Ciênc.* 2006;78(2):293-308. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0001-37652006000200009>>.
6. Galhardo MCG et al. Molecular epidemiology and antifungal

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

susceptibility patterns of *Sporothrix schenckii* isolates from a cat-transmitted epidemic of sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil. *Med Mycol* 2008;46(2):141-151 doi:10.1080/136937807017423 99.

- Xavier MHSB et al. Cat-transmitted cutaneous lymphatic sporotrichosis. *Dermatology Online Journal* 2008;14(7). Disponível em: <<http://escholarship.org/uc/item/2rv014wb>>.
- Muniz AS, Passos JP. Esporotricose humana: conhecendo e cuidando em enfermagem. *Rev. enferm. UERJ* 2009;17(2):268-72. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a23.pdf>>.
- Restrepo A et al. Itraconazole Therapy in Lymphangitic and Cutaneous Sporotrichosis. *Arch Dermatol.* 1986;122(4):413-417. doi:10.1001/archderm.1986.01660160069021.
- Vikram KM. Sporotrichosis: An Overview and Therapeutic Options. *Dermatol Res Pract* 2014;2014:13. doi: 10.1155/2014/272376.

## 5. LACERAÇÃO DE ESÓFAGO DISTAL EM UM PACIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE PULMONAR: RELATO DE CASO

Viliam Gustavo Weber<sup>1</sup>, Guilherme Reghelin Goulart<sup>1</sup>, Matheus Baldasso Correa<sup>1</sup>, Valdir Borges Dutra Junior<sup>1</sup>, Gustavo Faccin Herbstrith<sup>1</sup>, Bruna Renz<sup>1</sup>, Keli Matnazzo<sup>1</sup>, Rafael Antoniazzi Abaid<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [viliam.weber@hotmail.com](mailto:viliam.weber@hotmail.com)

**Introdução.** O esôfago se constitui anatomicamente de um órgão tubular com função de conduzir o alimento da faringe até o estômago, possuindo aproximadamente 25 cm desde a sua origem até a junção esofagogástrica sendo esta estrutura suscetível a traumas e lacerações ao longo de todo o seu percurso. Basicamente, as rupturas de esôfago podem ser estratificadas em três grupos distintos: as rupturas espontâneas, iatrogênicas e secundárias a trauma. Estatisticamente, a ruptura de causa iatrogênica aparece na literatura como a mais frequente, seguido da secundária a trauma e, por fim a espontânea. Para tanto o presente trabalho pretende discorrer sobre o diagnóstico tardio de um paciente com laceração de esôfago distal internado em um hospital do interior do estado Rio Grande Do Sul, que evoluiu à óbito após correção cirúrgica da lesão, neste caso em questão não foi possível identificar o principal fator envolvido na gênese da ruptura (iatrogênica ou espontânea).

**Relato.** Paciente LTF, 49 anos do sexo masculino interna por tratamento inadequado de tuberculose pulmonar (TBP) e perda ponderal importante, durante internação foi reiniciado tratamento para TBP, e realizado a passagem de uma sonda nasoenteral. Após dois dias de internação apresentou intensa epigastralgia e alguns episódios de vômitos de aspecto alimentar que se estenderam por aproximadamente 72 horas, a

epigastralgia apresentava melhora parcial após administração de omeprazol (2cp de 20 mg). Apresentou piora importante dos sintomas no quinto dia de internação, com dor intensa e difusa, com abdome em tábua. Na ocasião, se visualizava pneumoperitônio de grande volume em raio x de abdome agudo, logo o paciente foi encaminhado para o bloco cirúrgico em caráter de urgência. Realizou-se uma incisão mediana xifo-púbica para exploração da cavidade abdominal, durante procedimento observou-se grande quantidade de secreção enteral e resíduos alimentares em cavidade abdominal e torácica, identificando-se uma laceração de aproximadamente 8- 10 cm no esôfago distal, até a cardia, associada à importante espessamento da parede do esôfago. Após rafia da lesão, optou-se por realizar esofagectomia em 3 campos (acesso abdominal, torácico e cervical) com confecção e esofagostomia cervical e torocotomia. Por fim, fez-se necessário e a colocação de um dreno de tórax a direita (local onde foi realizada a torocotomia) e de uma gastrostomia, com posterior fechamento da parede abdominal. Após o procedimento paciente foi encaminhado para unidade de terapia intensiva onde evoluiu a óbito após 5 horas da realização da intervenção cirúrgica devido há um pneumotórax hipertensivo a direita, por obstrução do dreno de tórax.

**Discussão.** Sabe-se que a perfuração esofágica se compreende como um quadro grave, e com altos índices de mortalidade quando não tratado adequadamente, logo vemos a importância da suspeição clínica e diagnóstico precoce. Geralmente o paciente se apresenta com uma tríade clássica, caracterizada como dor, febre e ar no subcutâneo ou no mediastino (a dor, e o ar costumam estar presentes no local ou próximos da lesão), na suspeita de uma laceração de esôfago se pode lançar mão de um método de imagem, sabe-se que encontramos evidências deste tipo de lesão em 90% das radiografias de abdome agudo, sendo assim por vezes o melhor exame a ser solicitado pela sua disponibilidade e agilidade. O tratamento cirúrgico é mandatório na maioria das lesões, no entanto não existe nenhum consenso na sua abordagem, geralmente em casos mais graves opta-se pela realização de esofagostomia cervical, com a cerclagem da cardia e a gastrostomia, a fim de restabelecer o trânsito faringo-gástrico em segundo momento, como foi realizado no paciente em questão, entretanto não sendo possível reestabelecer o trânsito esofágico pois o paciente evoluiu a óbito após 5 horas da realização do procedimento cirúrgico. Após análise do caso podemos concluir que vários fatores foram de fundamental importância para que o paciente evoluísse desta forma, óbito, o mais preponderante foi o atraso no diagnóstico, estudos demonstram que o diagnóstico tardio com mais de 24 horas de evolução esta associado a altas taxas de mortalidade, que podem chegar a 50%. Outro fator de grande relevância é o

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

quadro clínico global deste paciente, já que ele se apresentava debilitado, desnutrido e com outra doença de base (tuberculose pulmonar). Por fim, devemos nos atentar que independentemente do tipo, ou do fator envolvido na laceração de esofágica o que muda o prognóstico do paciente em geral é a diagnóstico e a terapêutica precoce, sendo assim devemos nos atentar aos sinais clínicos precoces desta condição clínica.

## 6. LEIOMIOMA COM COMPORTAMENTO DE LEIOMIOSSARCOMA: RELATO DE CASO

**Daniela de Moraes<sup>1</sup>, Jean Carlo Flâmia<sup>1</sup>, Patrícia Micheli Tabile<sup>1</sup>, Rodolfo do Canto Petter<sup>1</sup>, Leandro Luís Assmann<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [danielabonttomoraes@gmail.com](mailto:danielabonttomoraes@gmail.com)

**Introdução.** Leiomiomas uterinos são definidos como neoplasias benignas de células musculares lisas do miométrio<sup>4</sup>, responsiva aos hormônios ovarianos, sendo o tumor pélvico mais comum em mulheres<sup>1,3</sup>. As taxas de incidência de miomas são encontrados tipicamente de duas a três vezes maior em mulheres negras do que em mulheres brancas<sup>1,7,8</sup>. Miomas são clinicamente aparentes em aproximadamente 12 a 25 por cento das mulheres em idade reprodutiva<sup>2,5,6</sup> e em mais de 40% das mulheres acima de 40 anos, sendo sintomático em 50% dos casos, além de ter acometimento raro em mulheres na menacme, geralmente regredindo após a menopausa<sup>4</sup>. A apresentação macroscópica comum à grande maioria é a de nódulo circunscrito, facilmente enucleável do miométrio circunjacente com superfície esbranquiçada, fasciculada e de consistência firme, mas podendo variar sua apresentação dependendo de fenômenos degenerativos. Apesar de ser assunto exaustivamente estudado, não se conhece com precisão a origem e o mecanismo de desenvolvimento dos leiomiomas. Suas principais manifestações clínicas são aumento do fluxo menstrual, algia pélvica, infertilidade, aumento do volume abdominal, corrimento e compressão do trato urinário, intestinal ou venoso<sup>4</sup>. Já o Leiomiossarcoma uterino é uma forma rara e agressiva de câncer que se origina nos músculos involuntários da parede uterina, classificado como o sarcoma uterino mais comum, que mesmo em estágio I, a sobrevida global não ultrapassa 50 a 60%. Estas neoplasias tem pico de incidência dos 45 aos 55 anos<sup>9</sup>.

**Relato de caso.** L.B, 34 anos, nulípara, tabagista, previamente hígida com citopatológico negativo em 2013. Paciente referiu dor intensa em flanco direito, de início há 03 meses, intensificada com deambulação. Negou sangramentos vaginais anormais e queixas urinárias. Negou doenças prévias e uso de medicações contínuas. Realizou ultrassonografia (03/12/14) que apresentou: massa sólida heterogênea de limites lobula-

dos, predominantemente hipocóica, sem evidência de calcificações, estendendo-se desde o epigástrio até o fundo de saco posterior, medindo aproximadamente 30 cm no seu maior eixo, apresentando continuidade com o colo uterino, sugestivo de útero miomatoso. Indicou-se histerectomia por via abdominal. Durante a cirurgia, observou-se macroscopicamente um tumor com diversas nodulações de aspecto vegetante e endurecido, abrangendo toda cavidade pélvica e o terço médio da cavidade abdominal. Os anexos uterinos, o fundo de saco posterior e o peritônio apresentavam estruturas semelhantes a implantes convergindo com a hipótese de metástase de leiomiossarcoma. O anatomopatológico (11/02/2015) demonstrou leiomioma uterino com 3525,0 gramas, medindo 24,0 x 20,0 x 11,0 cm e lesão intraepitelial cervical de alto grau (NIC II). Baseado em dados macroscópicos e não nos resultados do exame anatomopatológico, procedeu-se a realização de exame imunohistoquímico que evidenciou neoplasia muscular lisa, compatível com leiomioma uterino.

**Discussão.** Sabe-se que as abordagens terapêuticas para o mioma uterino podem ser clínicas (anticoncepcionais orais, progestágenos e antiprogestágenos, análogos do hormônio liberador das gonadotrofinas e antiinflamatórios não esteróides) e cirúrgicas (histerectomia, miomectomia e embolização). A indicação de miomectomia irá depender desejo da paciente de manter a fertilidade e da localização do tumor. A miomectomia pode ser laparotômica, por via vaginal, laparoscópica ou histeroscópica, dependendo da localização, do tamanho e do número de miomas a serem retirados. No caso dessa paciente, optou-se pela cirurgia abdominal e histerectomia com anexectomia pela elevada suspeita de tumor maligno, com metastases para anexos. A apresentação desse leiomioma foi diferente do padrão usual, simulando um leiomiossarcoma, principalmente pelo aspecto macroscópico da lesão (figura 1), com projeções vegetantes (figura 2) e tamanho exacerbado, demonstrando um leiomioma com características de leiomiossarcoma.



**Figura 1.** Aspecto macroscópico do tumor.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA



Figura 2. Projeções vegetantes do tumor.

**Mayara Machry<sup>1</sup>, Jean Carlo Flâmia<sup>1</sup>, Patrícia Micheli Tabile<sup>1</sup>, Adriana Martins<sup>1</sup>, Priscilla Müller Emmel<sup>1</sup>, Leandro Luís Assmann<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. mayara\_machry@hotmail.com

**Introdução.** A miocardiopatia dilatada pode ser definida como uma doença primária do miocárdio, de evolução crônica, em que ocorre disfunção sistólica e dilatação ventricular, levando à redução da contratilidade miocárdica e insuficiência cardíaca. A cardiomiopatia periparto (CMPP) é mais comum em mulheres acima de 30 anos, de raça negra, múltiparas, com gestação gemelar, deficiência nutricional e pré-eclâmpsia. A incidência é variável, ocorrendo com maior frequência em locais de baixos índices sócio-econômicos. Sua ocorrência pode se aproximar de 1:4000 até 1:15000 gestações, compreendendo menos de 1% das cardiopatias na gestação. Mesmo nas pacientes que normalizaram a função ventricular, o planejamento familiar é fundamental, pois há chance de recidiva da doença em gestação subsequente.

**Relato.** Paciente D.V.C.S, 29<sup>a</sup>, G5P2C3, realizou parto cesariana no dia 29/01, sem intercorrências. Procurou atendimento menos de 24h após alta hospitalar devido à dispneia abrupta e dor pré-cordial irradiada para braço esquerdo. Descartado infarto agudo do miocárdio por eletrocardiograma e provas de necrose enzimática. Paciente submetida à ecocardiografia, que revelou disfunção contrátil ventricular esquerda de grau importante; disfunção diastólica ventricular esquerda por padrão restritivo, sobrecarga de câmaras esquerdas, regurgitação mitral leve, regurgitação tricúspide leve e hipertensão arterial pulmonar; fração de ejeção 33%. Internada em UTI por 24h devido à alteração hemodinâmica, sendo manejada para insuficiência cardíaca descompensada e edema agudo de pulmão. Novos exames de imagem sugeriram diagnóstico de miocardiopatia dilatada. Paciente com boa evolução e melhora clínica, recebeu alta da UTI e manteve manejo para insuficiência cardíaca na enfermaria. Recebeu alta hospitalar após 5 dias de internação, com medicação anti-hipertensiva e diurético, e manteve acompanhamento ambulatorial.

**Discussão.** O diagnóstico de CMPP baseia-se em um alto índice de suspeição e é confirmado pelo ecocardiograma que mostra objetivamente a presença de disfunção ventricular esquerda. Os sinais e sintomas - dispneia abrupta, dor precordial, tosse produtiva, crepitações à ausculta pulmonar e presença de edema - estão presentes na CMPP e são semelhantes aos que aparecem em pacientes com insuficiência cardíaca de outras causas. O diagnóstico diferencial de CMPP deve ser feito com infarto miocárdico, sepse, pré-eclâmpsia severa, embolia de líquido amniótico e tromboembolismo pulmonar. O tratamento utilizado para a paciente seguiu os princípios ger-

## Referências.

1. BAIRD, DD; DUNSON, DB; HILL, MC; et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:100.
2. BUTTRAM, VC Jr; REITER, RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. *Fertil Steril* 1981;36:433.
3. SERDER, SP; BROOKS, PG. Treatment of abnormal uterine bleeding with the gynecologic resectoscope. *J Reprod Med* 1991;36:697.
4. VAN VOORHIS, BJ; ROMITTI, PA; JONES, MP. Family History as a risk factor for development of uterine leiomyomas. *J Reprod Med* 2002;47:663-9.
5. CRAMER, SF; PATEL, A. The frequency of uterine leiomyomas. *Am J Clin Pathol* 1990;94:435.
6. DOWNES, E; SIKIRICA, V; GILBERT-ESTELLES, J; et al. The burden of uterine fibroids in five European countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;152:96.
7. TEMPLEMAN, C; MARSHALL, SF; CLARKE, CA; et al. Risk factors for surgically removed fibroids in a large cohort of teachers. *Fertil Steril* 2009;92:1436.
8. MARSHALL, LM; SPIEGELMAN, D; BARBIERI, RL; et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. *Obstet Gynecol* 1997;90:967.
9. CORLETA, Helena von Eye; CHAVES, Eunice Beatriz Martin; KRAUSE, Miriam Sigrun and CAPP, Edison. Tratamento atual dos miomas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online] 2007;29(6):324-328.

## 7. MIOCARDIOPATIA DILATADA PERIPARTO: UM RELATO DE CASO

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

ais da terapêutica da insuficiência cardíaca congestiva, tendo-se como objetivo reduzir a pré-carga, a pós-carga e aumentar a contratilidade cardíaca.

### Referências.

1. Horowitz ESK. Miocardiopatia Dilatada: Manejo Clínico. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre 2004;(1):1-4.
2. Bordignon, S. Cardiomiopatia Periparto: contra-indicação para subseqüentes gravidezes. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Porto Alegre 2007;(11):1-5.
3. Caforio ALP, Bottaro S, Iliceto S. Dilated cardiomyopathy (DCM) and myocarditis: Classification, clinical and autoimmune features. Applied Cardiopulmonary Pathophysiology 2012;(16):82-95.
4. Pinto CG et al. Miocardiopatia Periparto. Acta Med Port. Portugal 2007;(20):447-452.
5. Citânia LT. Miocardiopatias. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia 2009;93(6 supl.1):110-178.
6. Pearson GD, Veille J, Rahimtoola S, et al. Peripartum Cardiomyopathy: National Heart, Lung, and Blood Institute and Office of Rare Diseases (National Institutes of Health) Workshop Recommendations and Review. JAMA 2000;283(9):1183-1188.
7. Abboud J, Murad Y, Chen-Scarabelli C, Saravolatz L, Scarabelli TM. Peripartum cardiomyopathy: a comprehensive review. Int J Cardiol 2007;118(3):295-303.
8. Urbanetz AA, Carraro EA, Kalache LF, Kalache PF, Lobo PH, Germiniani H, Nascimento DJ. Cardiomiopatia periparto. FEMINA 2009;37(1):13-18.
9. Santos SM, Bravin AM, Santos VM, Vasconcelos FL. Miocardiopatia periparto após cesariana: estudo de casos. Brasília Med 2012;49(4):306-311.
10. Hissa MRN, Gomes PN, Hissa MN. Cardiomiopatia periparto com presença de trombo no ventrículo esquerdo. Relato de caso e revisão da literatura. Rev Bras Clin Med. São Paulo 2010;8(5):444-50.

## 8. PARACOCCIDIOMICOSE LARÍNGEA E PULMONAR: RELATO DE CASO

Caroline Luchese<sup>1</sup>, Artur Sabbi Porciúncula<sup>1</sup>, Aglaube Ferreira Bonfim Pereira<sup>1</sup>, Cristiane Pimentel Hernandez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. cacaluchese@gmail.com

**Introdução.** A paracoccidioidomicose é uma doença endêmica da América Latina, causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis*, um fungo termodimórfico encontrado no solo principal-

mente na zona rural. A doença é adquirida pela via respiratória, através da inalação de micélios (forma infectante) do fungo que se transformam na sua forma leveduriforme (patogênica), com posterior disseminação hematogênica ou linfática. A infecção crônica representa a principal manifestação clínica da doença, correspondendo a 90% dos casos, sendo importante o seu reconhecimento, pois frequentemente apresenta disseminação multifocal, com envolvimento de pulmões, pele, mucosas, linfonodos e outros órgãos. Representa um problema de saúde pública, visto que apresenta um alto potencial incapacitante e corresponde à terceira causa de morte por doença infecciosa crônica.

**Relato.** Paciente feminina, branca, 77 anos, previamente hipertensa e com histórico de artrite reumatoide, iniciou há 4 semanas com tosse seca, dispneia progressiva e disfagia para sólidos. Três meses antes do início dos sintomas, a paciente havia feito uso de 4 aplicações de imunossupressor anti-Fator de Necrose Tumoral-alfa para sua doença reumatológica, suspendendo-o por não tolerar os efeitos adversos. Foi tratada inicialmente com antimicrobianos betalactâmicos para infecção bacteriana aguda, sem melhora dos sintomas. Com a piora da dispneia e da disfagia, foi realizada uma laringoscopia que evidenciou lesão tumoral acima da prega vocal direita. A paciente foi então encaminhada para biópsia. O exame anatomopatológico da lesão evidenciou, através da coloração de Grocott, a presença do fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. A paciente foi, então, encaminhada para o serviço de infectologia para tratamento e acompanhamento. Em virtude da dispneia progressiva foi solicitado uma radiografia de tórax que apresentou extensa área de consolidação comprometendo a região da língua e campo médio do lobo superior direito. Em função do quadro clínico estável da paciente e do fácil acesso aos serviços de saúde, optou-se pelo tratamento via oral com Itraconazol 200 mg/dia por pelo menos 12 meses e acompanhamento mensal no serviço de referência.

**Discussão.** A paracoccidioidomicose não é uma doença usualmente relacionada com doenças imunossupressoras, entretanto, a imunossupressão pode desencadear formas mais graves da doença. A paciente apresentava-se imunodeprimida devido ao uso de imunomoduladores para o tratamento de doença reumatológica.

A micose pode se manifestar principalmente em sua forma aguda/subaguda (juvenil) e crônica (adulta). A doença aguda é responsável por somente 5% dos casos, e entre suas manifestações, se destacam linfadenomegalia, manifestações digestivas, hepatoesplenomegalia, envolvimento ósteo-articular e lesões cutâneas. Já a infecção crônica, é responsável por mais de 90% dos casos, sendo que na grande maioria dos casos ocorre no sexo masculino. Estudos apontam que a baixa incidência da doença nas mulheres no menacme se deve ao es-

## RELATO DE EXPERIÊNCIA



**Figura 1.** Vista frontal do radiograma de tórax da paciente de 77 anos evidenciando uma consolidação comprometendo a região da língula e campo médio superior direito.



**Figura 2.** Vista lateral do radiograma de tórax da paciente de 77 anos, em evidência o comprometimento lingular do pulmão pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*.

trogênio, que atua como fator protetor, prevenindo a transição da forma de micélio para a leveduriforme no trato respiratório. Em sua forma crônica a doença pode ser unifocal (25%), onde os pulmões representam o principal órgão acometido, ou multifocal, sendo os pulmões, mucosas e pele os sítios mais acometidos. Dentre os diversos casos relatados, encontramos uma vasta miríade de manifestações da doença, com acometimento de diferentes órgãos, como laringe, adrenal e, até mesmo sistema nervoso central. O acometimento pulmonar é a forma de manifestação primária, e as formas extrapulmonares, como o acometimento laríngeo apresentado pela paciente, se devem à disseminação hematogênica dessa infecção. O acometimento pulmonar pode ser evidenciado pelo radiograma, que geralmente mostra um infiltrado reticulonodular bilateral, assimétrico, predominantemente nos terços superiores dos pulmões. Não obstante, a imagem pode apresentar diversos padrões, como o broncopneumônico, padrão miliar, e consolidação, sendo este último apresentado pela paciente do caso. As lesões de cavidade oral devem ser diferenciadas principalmente do carcinoma escamoso, devido as suas semelhanças macroscópicas. O diagnóstico padrão ouro é o achado do fungo em espécimes clínicos (secreções, raspado de lesões e escarro) ou biópsia tecidual. Na ausência destes, podemos fazer uso de testes sorológicos, os quais têm principal importância na avaliação da resposta ao tratamento e na recaída da doença. O tratamento de primeira linha para as formas leves a moderadas da doença se baseia no uso de itraconazol por um pe-

ríodo de 6 a 24 meses. Já nos casos graves preconiza-se o uso de anfotericina B, havendo necessidade de internação do paciente para administração endovenosa. As formas graves da doença podem cursar com alterações funcionais e estruturais dos órgãos acometidos, principalmente nos pulmões, onde o processo inflamatório granulomatoso crônico pode repercutir na forma de fibrose pulmonar, evoluindo em menor percentagem com doença pulmonar obstrutiva crônica e suas complicações. O processo de fibrose envolvendo pele e mucosas pode desencadear retrações, disфонia crônica por acometimento de cordas vocais, obstrução laríngea, entre outras sequelas.

### Referências.

1. Shikanai-Yasuda MA et al. Consenso em paracoccidioidomicose. Rev Soc Bras Med Trop 2006; 39(3):297-310.
2. Wanke B, Aidê MA. Capítulo 6: Paracoccidioidomicose. J Bras Pneumol. 2009; 35(12):1245-1249.
3. Abreu e Silva MA et al. Important aspects of oral paracoccidioidomycosis – a literature review. Mycoses 2013; 56:189-199.
4. Costa Vieira RA et al. Anal paracoccidioidomycosis. An unusual presentation of disseminated disease. Rev Soc Bras Med Trop 2001;34(6):583-586.
5. Freitas RM et al. Pulmonary paracoccidioidomycosis: radiology and clinical-epidemiological evaluation. Rev Soc Bras Med Trop 2010;43(6):651-656.



## RELATO DE EXPERIÊNCIA

### 9. PAROTIDITE UNILATERAL EM PACIENTE HIV-POSITIVO SEM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: UM RELATO DE CASO

Cassiano de Mattos Marques<sup>1</sup>, Gabriela Hochscheidt Mahl<sup>1</sup>, Cinzia Giacometti<sup>1</sup>, Cristiane Pimentel Hernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. cassianommarques@gmail.com

**Introdução.** Dentre as inúmeras afecções associadas à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), muitas afetam as glândulas salivares, como linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin, infecção aguda da glândula salivar, Doença das Glândulas Salivares Associadas ao HIV, e lesões linfoepiteliais císticas e sólidas (Sarcoma de Kaposi, Síndrome dos linfócitos infiltrativos difusos e Tuberculose). Na infecção aguda da glândula salivar, tem-se como causa várias bactérias e vírus. A parotidite aguda supurativa bacteriana caracteriza-se pelo aparecimento súbito de edema eritematoso nas áreas pré e pós-auriculares, que se estende até o ângulo da mandíbula associado com dor local, queixa de trismo e disfagia, sendo que achados sistêmicos de febre alta, calafrios e toxicidade acentuada estão geralmente presentes. Já a parotidite viral pode ser distinguida da parotidite supurativa por apresentar um período prodromico, seguido por edema agudo da glândula envolvido, frequentemente bilateral e não causa uma secreção purulenta do ducto de Stensen. A própria infecção por HIV também pode causar parotidite não supurativa bilateral, conhecida como Doença das Glândulas Salivares Associadas ao HIV, sendo essa apresentação de doença da glândula salivar mais comum nos indivíduos infectados. Clinicamente, esses os pacientes podem demonstrar redução nas taxas de fluxo salivar da parótida, submandibular e glândula sublingual. Além disso, a saliva deles apresenta aumento de sódio, cloretos, lisozima, peroxidase, lactoferrina e níveis de imunoglobulina. O aumento da glândula parótida em pacientes infectados pelo HIV, geralmente, é secundário ao desenvolvimento de cistos linfoepiteliais benignos na glândula. Podendo as lesões de cabeça e pescoço associadas ao HIV ser um debilitante desconforto ao paciente, é de grande importância a abordagem do assunto, pois a identificação precoce e o correto manejo do paciente pelos profissionais, podem contribuir para reduzir a morbidade e mortalidade dos infectados pelo HIV.

**Relato.** Homem, pardo, trabalhador da construção civil, 43 anos de idade com diagnóstico da infecção pelo HIV em maio de 2007, através do rastreamento de pré-natal da esposa, também HIV+. Neste momento sua contagem de linfócitos TCD4+ era de 942 células/mm<sup>3</sup> e sua carga viral para HIV era de 3.428 cópias de vírus. Não foi indicada terapia antirretroviral. Tabagista, não fazia acompanhamento regular no serviço

de referência conforme fora orientado.

Há 2 anos, paciente retornou para acompanhamento queixando-se de aumento de volume na região da parótida esquerda, sem febre, dor ou outros sinais inflamatórios locais. Foram solicitados os seguintes exames: ecografia da região da parótida esquerda, teste tuberculínico e radiografia de tórax, pesquisa de BAAR no escarro (2 amostras), além de novos CD4+ e carga viral para HIV. No retorno, paciente apresentava teste tuberculínico de 12 mm, radiografia de tórax normal e escarros negativos. CD4+ desta data era 650 células/mm<sup>3</sup> e a carga viral teve amostra coagulada (paciente não compareceu para nova coleta na época). Ecografia mostrava aumento difuso da parótida esquerda, sem obstrução do ducto parotídeo, sugestivo de Doença das Glândulas Salivares associadas ao HIV. O paciente foi encaminhado para tratamento de tuberculose latente, e orientado a iniciar a terapia antirretroviral. Mais uma vez, o mesmo não retornou ao serviço. Há 6 meses, retornou ao serviço pois agora se sente motivado a fazer o tratamento antirretroviral. Estava assintomático, mas na nova coleta de exames, mostrou CD4+ de 631 células/mm<sup>3</sup> e carga viral de 103.979 cópias de vírus. Não apresentava alteração visível na região da parótida. Foi iniciado então Lamivudina, Tenofovir e Efavirenz em dose única diária, com boa tolerabilidade e melhora da adesão ao acompanhamento.



**Figura 1.** Paciente com a Doença das Glandulas Salivares associadas ao HIV. Fonte: Autores.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Discussão.** A Doença das Glândulas Salivares associadas ao HIV ocorre em até 10% dos pacientes infectados com o vírus, apresenta-se com o aumento das glândulas salivares, na maioria dos casos da parótida, seguido de xerostomia em alguns casos. Ocorre edema das partes moles e envolvimento unilateral ou bilateral das glândulas, causando desfiguramento facial podendo desaparecer e retornar, e também ter dor associada. A etiologia precisa dessa afecção não é conhecida, porém como o vírus do HIV pode ser encontrado na saliva pode ser devido a replicação do vírus dentro de gânglios linfáticos da glândula, ou uma manifestação local de lesões linfocitárias devido uma infiltração de linfócitos TCD8+ como na Síndrome da linfocitose infiltrativa difusa. Pelo fato da fisiopatologia ser incerta, muitas vezes pode ser confundida com síndrome de Sjögren que também afeta as glândulas salivares e causa disfunção salivar.

O diagnóstico é clínico, com ajuda de exames complementares, como a ecografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética capaz de descartar malignidade e detectar a doença numa fase subclínica e o monitoramento histopatológico por aspiração de agulha fina é recomendada em alguns casos. Ainda, a solicitação de exames é necessária devido a lista de patologias que podem gerar aumento de glândula salivar: sialolitíase, síndrome de Sjögren e neoplasias, por exemplo. É evidente no relato de caso que o paciente, em 2007, não tinha indicação de terapia antirretroviral, e na época do surgimento do aumento da glândula existia diminuição de linfócitos TCD4+. Por isso, a investigação sobre a Doença das Glândulas Salivares associada ao HIV é relevante nos pacientes soropositivos por ter uma prevalência significativa nos infectados, além de ocorrer muitas vezes antes de qualquer outro sintoma da AIDS. Outro ponto importante é a relação com a contagem de células TCD4+, pois à medida que a contagem das células cai, a prevalência de aparecimento das lesões aumenta. Portanto, quanto mais cedo for detectado, maior as chances de implantação de medidas terapêuticas positivas na saúde do paciente.

Sendo assim, o presente relato de caso, tem como foco mostrar a importância que os profissionais de saúde devem ter com a doença quando trabalham com pacientes com HIV, principalmente, porque muitos estudos sugerem ser uma manifestação precoce da AIDS, podendo ser um sinal de alerta, exibindo já uma necessidade de terapia antirretroviral e, assim, conseguindo uma abordagem ao paciente com grande antecedência.

### Referências.

1. Al-Dajani N, Wootton SH. Cervical lymphadenitis, suppurative parotitis, thyroiditis, and infected cysts. *Infect Dis Clin North Am* 2007;21:523.

2. Brook I. The swollen neck. Cervical lymphadenitis, parotitis, thyroiditis, and infected cysts. *Infect Dis Clin North Am* 1988; 2:221.
3. Jeffers L, Webster-Cyriaque J Y. Viruses and Salivary Gland Disease (SGD): Lessons from HIV SGD *Adv Dent Res* 2011; 23(1):79–83.
4. Mandel L, Surattanont F. Bilateral parotid swelling: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;93:221.
5. Rabie M, Shanti, DMD, Shahid R, Aziz, DMD. HIV-associated Salivary Gland Disease. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2009(21):339–343.
6. S Ebrahim, B Singh, SS Ramklass. HIV-associated salivary gland enlargement: a clinical review. *SADJ* 2014;69(9):400–403.
7. Pinto A, De Rossi S. S. Salivary Gland Disease in Pediatric HIV Patients: An Update. *J Dent Child* 2004;71(1):33-37.
8. Stramandinoli R T, Cesa T S HIV-positivo com aumento de volume bilateral da glândula parótida: Relato de caso. *Rev. bras. cir. cabeça pescoço* 2011;40(4).

## 10. PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA ASSOCIADA À CÁLCULO CORALIFORME: RELATO DE CASO

**Henrique Wentz<sup>1</sup>, Pedro Jackson Lima dos Santos<sup>1</sup>, Armindo Fragoso Giacomelli<sup>1</sup>, Diorgenes Silva<sup>1</sup>, Mateus Antunes Masotti<sup>1</sup>, Paulo Roberto Laste<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [henrique.tenis@hotmail.com](mailto:henrique.tenis@hotmail.com)

**Introdução.** A pielonefrite xantogranulomatosa (PXG) é uma forma rara e grave de infecção crônica do parênquima renal geralmente devido à obstrução. Representa apenas 0,6% dos casos de pielonefrite crônica<sup>1</sup>, e o germe mais isolado é do gênero *Proteus*. Acomete mais comumente o sexo feminino (na proporção de 1 homem para 3,4 mulheres), pessoas diabéticas, e de meia idade, com pico de incidência entre a sexta e sétima décadas de vida. A litíase renal, frequentemente coraliforme, é encontrada em 75% a 86% dos casos<sup>3</sup>, mas não é necessária para se fazer o diagnóstico. Os cálculos coraliformes são estruturas ramificadas que ocupam toda a pelve renal, que quando não tratados podem levar à destruição do rim e até mesmo à sepse. A pielonefrite xantogranulomatosa é uma patologia que pode mimetizar outros processos inflamatórios e neoplasias, e além de ser rara, é de difícil diagnóstico clínico, justificando seu relato.

**Relato.** R.M.D., 68 anos, vem à consulta com urologista devido a infecções urinárias de repetição e piúria, já tendo realizado inúmeras consultas em emergências pelo mesmo quadro e sem resolução. Ao exame físico apresentava uma massa

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

palpável em flanco esquerdo. Foi solicitada tomografia de vias urinárias com contraste, que evidenciou: rim esquerdo aumentado de volume, com contornos lobulados e apresentando vários cálculos de aspectos coraliformes, acentuada dilatação dos cálices e em menor grau da pelve e do ureter esquerdo, aumento de linfonodos próximos ao rim esquerdo e coleção líquida com densidade de abscesso renal. Apresentava exclusão renal. Como tratamento foi indicado a nefrectomia total do rim esquerdo para resolução do processo.

**Discussão.** A forma difusa de pielonefrite xantogranulomatosa é a mais comum, representando 85% dos casos, enquanto a focal corresponde a 15%. A presença de massa palpável em flanco esquerdo encontrada aqui é demonstrada em 50% dos casos de PXG<sup>5</sup>. A tomografia computadorizada com contraste é o exame de maior acurácia no diagnóstico da doença, sendo que o diagnóstico definitivo é dado pelo anatomopatológico da peça cirúrgica. Os principais achados tomográficos são litíase renal (75-86%), aumento do volume renal (55-60%) e hidronefrose (80%)<sup>3</sup>. O contraste revela a presença e a extensão do envolvimento extra renal. A biópsia percutânea pode ser realizada, porém corre-se o risco de disseminação de células inflamatórias, além de que a amostra coletada pode ser insuficiente para o diagnóstico. Os cálculos coraliformes são, na sua maioria, oligossintomáticos, e geralmente são diagnosticados quando o paciente apresenta obstrução que leva à perda progressiva de função renal e infecções urinárias de repetição. A nefrectomia total continua como o tratamento de escolha na quase totalidade dos casos de PXG, salvo em algumas formas focais, que tem resposta com nefrectomia parcial. O prognóstico é bom após a cirurgia, desde que o rim contralateral esteja com função preservada.

### Referências.

1. Nawaz H, Khan S, Hussain I et al. Xanthogranulomatous Pyelonephritis due to calculi: Report of 63 cases and review of literature. *JPM* 2005;55:387-389.
2. Yoshino T, Moriyama H. Case of the Diffuse Form of Xanthogranulomatous Pyelonephritis, *Case Reports in Urology*, 2013 (2013), Article ID: 936035.
3. Alam W C A, Chander G C B, Joshi G C DP Joshi. Xanthogranulomatous Pyelonephritis: diagnosis using computed tomography. *MJAFI* 2004;60:86-88
4. Henrique Filho V N et al. Pielonefrite Xantogranulomatosa. *J. pediatr.* (Rio J.) 1994;70(5):302-304.
5. Rodrigues W M et al. Pielonefrite xantogranulomatosa - relato de caso. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 2009;54(2):76-80.

## 11. PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA RENAL

**Cauana Fabrício Efel<sup>1</sup>, Karina Abreu Vieira da Cunha<sup>1</sup>, Luiz Inácio Roman<sup>1</sup>, Victória Teles França<sup>1</sup>, Cynthia Caetano<sup>1</sup>, Claus Dieter Dummer<sup>1</sup>**

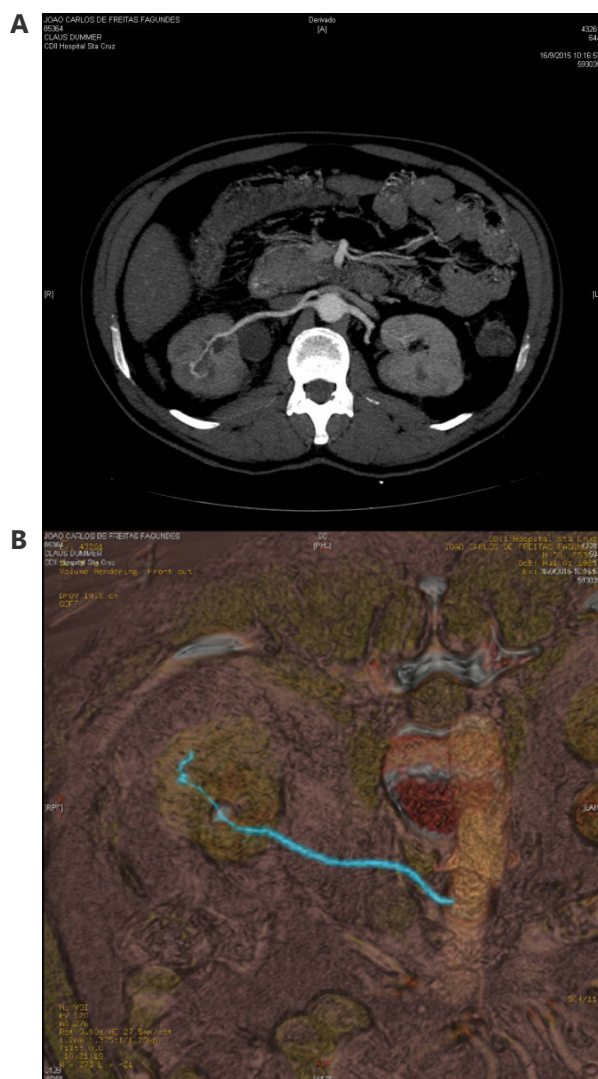
<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [cauanaefel@hotmail.com](mailto:cauanaefel@hotmail.com)

**Introdução.** Aneurismas são dilatações anormais da luz dos vasos sanguíneos secundárias a doenças ou agressões às paredes dos mesmos. De acordo com o acometimento da parede, pode-se classificar essas lesões em dois tipos: aneurismas verdadeiros e pseudoaneurismas. Aneurismas verdadeiros são dilatações com preservação das três camadas da parede arterial – íntima, média e adventícia. Em contrapartida, pseudoaneurismas, relacionam-se à lesão de uma ou mais das camadas vasculares<sup>2</sup>. Pseudoaneurismas da artéria renal são complicações vasculares raras, relacionadas a vários fatores etiológicos como nefrectomia parcial, procedimentos percutâneos, biópsia renal, trauma penetrante e, mais raramente, trauma contuso<sup>2,3,7</sup>. Dentre as causas, as traumáticas ou iatrogênicas são as mais frequentes<sup>6</sup>. Para diagnóstico dessa lesão vascular, há uma grande variedade de exames complementares passíveis de serem utilizados, como ultrassonografia com Doppler, arteriografia, angiotomografia, cintilografia renal e ressonância magnética<sup>3,7</sup>. Os pseudoaneurismas de artérias renais além de serem complicações raras dos vasos sanguíneos decorrentes de fatores como a biópsia renal, possuem detecção clínica incomum e geralmente necessitam de alto grau de suspeição clínica, por serem de difícil diagnóstico<sup>7</sup>. Assim, justifica-se esse trabalho objetivando maior conhecimento dessa complicação vascular rara.

**Relato.** Paciente masculino, 50 anos, branco, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 (DM2), com história de perda de função renal (creatinina 2,3 mg/dL e taxa de filtração glomerular 29 ml/min/m<sup>2</sup>) e proteinúria (IPC 0,326 mg/dL), não compatíveis com a evolução do DM2. Realizou biópsia renal direita percutânea dirigida por ecografia. Após o procedimento iniciou com hematúria macroscópica, tenesmo urinário e dor abdominal em hipogástrico. A ecografia evidenciou coágulos intravesicais. Foi passada sonda vesical de três vias e iniciada irrigação contínua. Após 48 horas, foi realizado cistoscopia pela persistência da hematúria, realizando-se a evacuação dos coágulos. Durante o procedimento não foi identificado sangramento ativo pelo meato ureteral direito. Após 96 horas da internação, recebeu alta sem hematúria. Após uma semana, reiniciou com hematúria franca. Estava com PA 100/60 mmHg, taquicárdico, descorado e com dor palpação do hipogastro. Foi reinternado e solicitado angiotomografia que revelou dilatação focal da artéria renal

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

polar acessória inferior à direita, relacionado à pseudoaneurisma (Figura 1), bem como na sua fase tardia a presença de contraste remanescente no rim direito. Ainda, leve dilatação de algumas veias tributárias no seio renal à direita, dilatação da pelve renal e de todo trajeto ureteral até altura um pouco abaixo do cruzamento com os vasos ilíacos com presença de material hiperdenso (coágulos) no interior do terço médio do ureter. Foi iniciado ácido tranexâmico 750 mg 1x/dia. Após 72 horas paciente recebeu alta sem evidências de hematúria macroscópica, com ecografia renal e de vias urinárias normal, sem evidência de coágulos intravesicais. Seguirá acompanhamento ambulatorial.



**Figura 1. A e B.** Angiotomografia evidenciando dilatação focal da artéria renal polar acessória inferior à direita relacionado ao pseudoaneurisma.

**Discussão.** O pseudoaneurisma de artéria renal constitui-se de uma lesão vascular rara<sup>7</sup>. Pseudoaneurisma pode ser definido como um hematoma pulsátil que se comunica com uma artéria por meio de um pertuítio na parede arterial<sup>2</sup>. Dessa maneira, é formado um colo que comunica a artéria a uma ou mais cavidades (cujas paredes são formadas pelo próprio tecido ao redor da artéria), permitindo fluxo sistólico em direção à cavidade e fluxo diastólico em direção à artéria, diferentemente do aneurisma verdadeiro, cujas paredes são as do próprio vaso<sup>2</sup>. Essas lesões vasculares estão, geralmente, relacionadas à biópsia renal, nefrectomia, transplante renal ou procedimentos percutâneos<sup>7,9</sup>. Além disso, existe relação com traumas penetrantes e mais raramente com traumas contusos, sendo o mecanismo de desaceleração brusca em acidentes automobilísticos a causa provável<sup>7</sup>. As manifestações clínicas dessas lesões incluem hematúria macroscópica, dor em flanco e região lombar, hipertensão e massa abdominal palpável<sup>7</sup>. Pode ocorrer piora da função renal, anúria e evolução para diálise, entretanto, a clínica pode variar de acordo com o paciente. O diagnóstico desse tipo de lesão é difícil e necessita de um alto nível de suspeita clínica, sendo que exames complementares são necessários para a elucidação diagnóstica<sup>8,9</sup>. Dentre os exames a arteriografia é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico. A angiografia possibilita a confirmação e a caracterização do pseudoaneurisma, o ecodoppler colorido também possui excelente acurácia diagnóstica, assim como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética<sup>6,8,9</sup>. A cintilografia renal também pode ser utilizada<sup>6,8,9</sup>. O diagnóstico diferencial com outras patologias deve ser considerado, sendo a fistula arteriovenosa a mais importante. Em relação às complicações, deve-se atentar para a possibilidade de tromboembolia, pseudoaneurisma roto e compressão neurovascular<sup>1,8,9</sup>. O tratamento dos pseudoaneurismas inclui a cirurgia aberta convencional, para os pseudoaneurismas grandes, e a embolização arterial para aqueles de menores dimensões em pacientes estáveis hemodinamicamente, embora alguns autores já tenham demonstrado a eficácia terapêutica da embolização em aneurismas de até 10 cm<sup>6,8,9</sup>. No caso relatado, optou-se por tratamento conservador, sendo utilizado o ácido tranexâmico, apesar de evidências limitadas do seu uso para tratamento da hematúria. Contudo, parece haver benefício do seu uso na hematúria relacionada à doença renal policística autossômica dominante<sup>10</sup>.

## Referências.

1. Albani JM, Novick AC. Renal artery pseudoaneurysm after partial nephrectomy: three case reports and a literature review. *Urology* 2003;62(2):227-31.
2. Artech AH, Roman CA, Toro RM, Gomez PPA, González FS,

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

- Cabrera, JAC. Pseudoaneurisma de arteria renal principal associado a fistula cecal tras nefrectomia radical: caso clínico y revisión de la literatura. *Sanid. Mil* 2014;70(2):95-97.
- Castillo CO, Díaz MJ, Caffarena AE, Díaz CM, Hoyos MJ. Pseudoaneurisma arteria renal postnefrectomia parcial: Tratamiento exitoso con embolización selectiva. *Rev. Chilena de Cirugía* 2006;58(5):382-385.
  - Chen X, Dou C, Jin Y, Sun S, Zhou A, Wang Y. Interventional treatment for post-biopsy renal artery pseudoaneurysm. *Indian Journal Pediatrics*. 2015.
  - Jebara VA, Rassi IE, Achouh PE, Chelala D, Tabet G, Karam B, Beirut L. Renal artery pseudoaneurysm after blunt abdominal trauma. *Journal Of Vascular Surgery* 1998;27(2):362-365.
  - Galego SJ, Barbato H, Corrêa JA, Kafajian O, Polimanti AC, Fürst RVC, Bertolami A. Pseudo-aneurisma de artéria renal pós-endopielotomia retrógrada: relato de caso e revisão de literatura. *J Vasc Br* 2004;3(3):285-7.
  - Melo RAV, Pires MJM, Silva LMS, Segóvia AB. Giant renal artery pseudoaneurysm 18 months after blunt trauma. *J Vasc Bras* 2013;12(2):159-162.
  - Nogueira ACS, Salgado CG, Nogueira FBS, Amaral SI, Rabischoffsky A. Pseudoaneurisma: Quando e Como trata-los. *Arq Bras Cardiol:imagem cardiovasc* 2013;26(4):289-307.
  - Pastorín R, Rodriguez N, Polo AM, Vicente JM. Posttraumatic giant renal pseudoaneurysm. *Emerg Radiol* 2007;14(2):117-21.
  - No authors listed. Towards evidence based emergency medicine: best BETs from the Manchester Royal Infirmary. BET 1: tranexamic acid in life-threatening haematuria. *Emerg Med J* 2015;32(2):168-9.

## 12. PSEUDOCISTO ESPLÊNICO NÃO PARASÍTICO: UM RELATO DE CASO

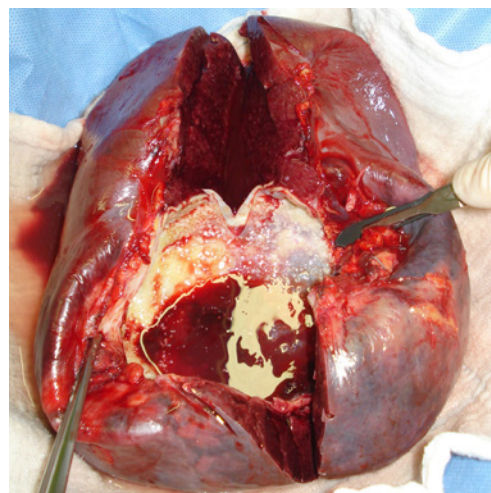
Mônica R. de Campos<sup>1</sup>, Paola O. de Abreu<sup>1</sup>, Julia Casani<sup>1</sup>, Martina P. Arenhardt<sup>1</sup>, Cynthia Caetano<sup>1</sup>, Claus Dummer<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [rcamposmonica@gmail.com](mailto:rcamposmonica@gmail.com)

**Introdução.** Cistos esplênicos são tumores abdominais incomuns que foram classificados por Martin et al<sup>1</sup> em: tipo I (primários ou verdadeiros) e tipo II (secundários ou pseudocistos). Os do tipo I são cistos com cápsula epitelial, que podem ser de natureza parasitária ou não. Os cistos tipo I não parasitários podem ser de origem congênita, vascular ou neoplásica. Os cistos tipo II não possuem cápsula e são comumente encontrados após trauma esplênico contuso. A laparotomia com esplenectomia tem sido o método de escolha para o tratamento de muitos cistos esplênicos<sup>2</sup>. Contudo, atualmente,

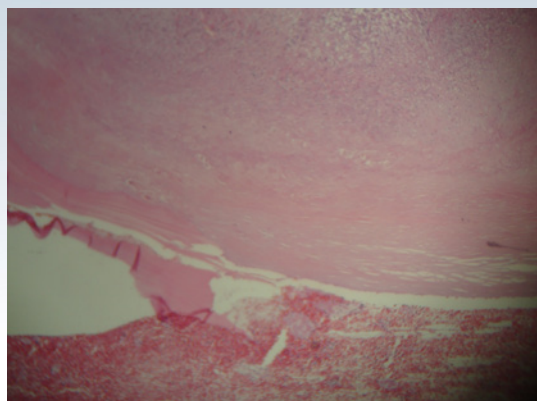
vem optando-se por tratamentos cirúrgicos menos invasivos<sup>3</sup>. Cistos esplênicos são lesões raras com, aproximadamente 800 casos descritos na literatura mundial até o ano de 2009, por isso, justifica-se este relato, visando maior conhecimento médico dessa patologia rara.

**Relato.** Paciente masculino, 39 anos, branco, com história de dor lombar direita, que iniciou na região hipogástrica, sem sintomas urinários associados. Ao exame encontrava-se afebril, com dor a palpação de flanco direito e punho percussão lombar positivo à direita. A ecografia abdominal revelou cisto renal direito de 1,2 cm e cistos no fígado e baço de 4,5 cm. Sorologia para hidatidose foi negativa. Optou-se por tratamento conservador do cisto esplênico. Seis meses após o quadro inicial, paciente encontrava-se assintomático e sua ecografia abdominal de controle revelava dimensões dos cistos no fígado e baço inalterados. Seis dias após, nova ecografia abdominal foi solicitada, pois o paciente iniciou com dor no flanco esquerdo, revelando aumento de volume do cisto esplênico para 11 cm. Com a melhora do quadro de dor, seguiu em tratamento conservador. Decorridos 3 meses da última ecografia paciente internou com dor em hipocôndrio esquerdo. Ao exame físico apresentava baço palpável. Após avaliação cirúrgica foi indicado esplenectomia, considerando o risco de ruptura e hemorragia. O AP revelou baço com dimensões aumentadas, com cápsula pardo acinzentada e lisa, medindo 18 x 13 x 6 cm e pesando 712g. Junto ao hilo observou-se cisto bem delimitado com cápsula pardo clara e fibrosa, com conteúdo de material gelatinoso e brilhante, medindo 11 x 8 cm. O diagnóstico foi baço com pseudocisto não parasítico, mostrando ausência de epitélio de revestimento e pseudocápsula colagenosa densa. O paciente evoluiu sem complicações e ficou assintomático no acompanhamento pós-operatório.



**Figura 1.** Cisto esplênico (seta). Cisto com cápsula pardo clara e fibrosa (cabeça de seta).

## RELATO DE EXPERIÊNCIA



**Figura 2.** AP: Baço com pseudocisto não parasítico, mostrando ausência de epitélio de revestimento e pseudocápsula colagenosa densa.

**Discussão.** Os pseudocistos correspondem à cerca de 75% dos cistos não parasitários do baço. Podem ser secundários ao trauma, infecção ou infarto. A maioria deles é solitária e assintomática<sup>4</sup>. No caso apresentado o cisto esplênico foi um achado incidental. O quadro clínico do paciente é compatível com os casos descritos na literatura uma vez que cistos maiores de 8 cm podem causar dor no hipocôndrio esquerdo por distensão da cápsula esplênica ou por compressão de estruturas adjacentes<sup>5</sup>. É consenso que exames de imagem pouco auxiliam na diferenciação dos cistos verdadeiros dos pseudocistos. O diagnóstico final foi realizado pela análise anatomopatológica. Através das ecografias, pode-se acompanhar a evolução dos cistos esplênicos e definir suas características, mas não sua etiologia. Também é possível definir a conduta a partir do exame de imagem. Devido ao risco de complicações, os cistos esplênicos com um diâmetro maior do que 4 a 5 centímetros devem receber tratamento cirúrgico<sup>4</sup>. Como os cistos esplênicos não parasitários são incomuns, existem poucos estudos em relação a melhor abordagem terapêutica<sup>5</sup>. No caso, optou-se por esplenectomia. Cabe salientar que pacientes esplenectomizados necessitam receber a vacina antipneumocócica polivalente. As principais complicações dos cistos esplênicos são infecção, hemorragia e ruptura<sup>4</sup>. O paciente apresentou boa evolução no pós-operatório. O presente relato de caso tem importância devido à baixa incidência dessa condição. Com a descrição de mais casos, pode-se conhecer melhor a história natural da doença, bem como analisar as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis.

### Referências.

1. Martin JW. Congenital splenic cysts. *Am J Surg* 1958; 96:302-8
2. Hansen MB, Moller AC. Splenic cysts. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004;14:316-22.

3. Heidenreich A, Canero A, Di Pasquo A. Laparoscopic approach for treatment of a primary splenic cyst. *Surg Laparosc Endosc*. 1996;6:243-46.
4. Luis Alberto Schlittler, Viviane Weiller Dallagasperina. Cistos esplênicos não-parasitários. *Revista colégio brasileiro de cirurgia*, 2010.
5. Guerra, et al. Cisto esplênico não parasitário, tratamento por laparoscopia. *Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)*, 2012.

## 13. SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO GRAVE: RELATO DE CASO

**Nágila Simon Ziebell<sup>1</sup>, Augusto Emilio Hinterholz<sup>1</sup>, Mariana Almudi<sup>1</sup>, Anamaria Piaia Zanatta<sup>1</sup>, Matheus Moraes da Silva<sup>1</sup>, Roberto Ritter de Souza<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [nagilaziebell@hotmail.com](mailto:nagilaziebell@hotmail.com)

**Introdução.** A Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) é uma síndrome clínica de lesão pulmonar evidenciada por hipoxemia de intensidade variável e geralmente súbita, redução da complacência pulmonar, infiltrado pulmonar difuso à radiografia, fator predisponente para lesão pulmonar e ausência de patologia de enchimento ventricular/hipertensão atrial esquerda. Em suma, é um edema pulmonar agudo não cardiogênico, multifatorial, definido com relação  $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ , classificado pelos critérios de Berlim. SDRA é diferenciado de lesão pulmonar aguda (LPA) pela acentuada hipoxemia. Estima-se que as incidências anuais de LPA e SDRA cheguem a 80/100.000 e 60/100.000, respectivamente. Aproximadamente 10% das admissões em UTI são de pacientes em insuficiência respiratória aguda, aproximadamente 20% destes pacientes satisfazem critérios diagnósticos para LPA/SDRA. Maior evidência à SDRA foi dada após a pandemia viral por influenza H1N1 no ano de 2009, quando se notificaram 76.639 casos da síndrome, com confirmação etiológica viral em 30% destes. A clínica do paciente com SDRA é, segundo o Ministério da Saúde (2010), de febre, tosse e dispneia, acompanhada ou não de taquipneia e hipotensão, com hipoxemia. As causas de SDRA são diversas, incluindo infecções (virais, bacterianas, fúngicas e outras), lesão pulmonar por aspiração de conteúdo gástrico, sepse, choque, grandes queimaduras, inalação tóxica dentre outras. De acordo com sua etiologia e características do paciente, a taxa de mortalidade pode variar de 10% a 90%. Ainda que pouco comum, a Insuficiência Renal Aguda (IRA) decorrente da SDRA gera taxas de mortalidade próximas a 77%. Baseado nisso, relatamos um caso de SDRA

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

com progressão para IRA, com vistas a aumentar o número de publicações na literatura a respeito dessa associação potencialmente fatal. Além disso, destacam-se as estratégias do manejo e o resultado positivo da resolução do quadro.

**Relato.** Paciente feminina, 38 anos, procurou o Pronto Atendimento por dispneia e dor torácica. No raio-X apresentava consolidações em ambos hemitórax. Evoluiu rapidamente para insuficiência respiratória e SDRA no mesmo dia, de etiologia não esclarecida, necessitando de intubação orotraqueal e suporte ventilatório, sendo encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Selecionou-se modo ventilatório controlado a volume protetor, com volume corrente de 6ml/kg de peso predito e platô < 30. Foi indicado posição prona por 6 horas após estabilização e verificação de  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$ . Anti-HIV negativo, afastando a hipótese de infecção oportunista. Iniciado Amoxicilina com Clavulanato e Azitromicina para pneumonia adquirida na comunidade e Oseltamivir por suspeita de infecção pelo vírus H1N1 (não confirmada). Um dia depois se encontrava hemodinamicamente instável, com tempo de enchimento capilar de 8 segundos e taquicardia sinusal, recebendo noradrenalina a 0,72mcg/kg/hora, oligoanúrica, acidótica (pH: 7,14), febril (40°C),  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 100$ . Realizada manobra de recrutamento alveolar (MRA) por diferença de pressão de pico devido a instabilidade hemodinâmica com consequente contraindicação de posição prona. Foi iniciada hemodiálise intermitente por acidose respiratória, congestão pulmonar e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas, evoluindo com melhora hemodinâmica e dos parâmetros da ventilação mecânica. Paciente apresentou aumento de secreção em vias aéreas, sendo considerada provável pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), tendo elevada pontuação no CPIS, um escore com alto valor preditivo para PAV. Foi, então, iniciado Cefepime. Houve melhora gradativa da troca gasosa após controle infeccioso e negatificação do balanço hídrico. A paciente evoluiu bem, sendo extubada 5 dias após início do Cefepime e recebendo alta para enfermaria. Retornou à UTI 2 dias depois com quadro urêmico e nova infecção respiratória, com confusão mental e bacteremia. Resolvido o quadro, a paciente evoluiu com melhora clínica e alta hospitalar 28 dias após a admissão. Foi referenciada para acompanhamento com nefrologista.

**Discussão.** A SDRA é classificada pelos novos Critérios de Berlim em leve, moderada e grave, de acordo com a relação  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ , sendo, respectivamente: 200-300, 100-200 e <100. A primeira fase da SDRA é exsudativa, nos primeiros 7 dias de doença. Há quebra da barreira alveolar e permeabilização a líquidos de edema rico em proteínas, causando inativação de surfactante, atelectasia e redução da aeração, por atingir predominantemente as partes decúbito dependentes do pulmão. Diminuindo a complacência pulmonar, ocorre hipoxemia grave, hipercapnia secundária ao aumento do espaço

morto pulmonar. Já na fase proliferativa (7-21 dias) há reparo e remodelamento do tecido pulmonar ou alterações fibróticas ductais alveolares e intersticiais nos casos de evolução clínica desfavorável. A maioria se recupera em 3-4 semanas, contudo muitos evoluem para a fase fibrótica, com fibrose substancial e formação de bolhas. Para adequada troca gasosa, indica-se ventilação mecânica, sem consenso sobre o melhor modo ventilatório<sup>1</sup>. A ventilação deve priorizar prevenir o estiramento pulmonar excessivo, com parâmetros protetores aos pulmões. As estratégias para esses parâmetros são: volume corrente de 5mL/kg peso predito; pressão de platô  $\leq 30\text{cmH}_2\text{O}$ ; relação inspiração:expiração 1:1 a 1:2; fluxo inspiratório 60L/min, preferindo-se onda de fluxo decrescente, pois propicia melhor distribuição do ar inspirado; pausa inspiratória de 0,5 segundo; FR conforme volume minuto prévia, não ultrapassando 35/minuto; PEEP e  $\text{FiO}_2$  ajustadas para manter  $\text{SpO}_2 \geq 88\%$  e  $\text{PaO}_2 \geq 55\text{mmHg}$ <sup>2</sup>. Para otimizar o tratamento, lança-se mão de outras estratégias de recrutamento pulmonar, como MRA e posição prona. Nas MRA usam-se altos níveis de pressão inspiratória, para expandir os alvéolos colapsados e aumentar a  $\text{PaO}_2$ , e de PEEP, para evitar novo colapso pulmonar ao final da expiração. Assim, o aumento sustentado de pressão na via aérea recrutará unidades alveolares colapsadas, minimizando o potencial de lesão pulmonar e proporcionando uma ventilação mais homogênea, maior área de troca gasosa e melhor oxigenação arterial<sup>3</sup>. A posição prona distribui homogênea-mente a pressão transpulmonar, reduz o hiperestiramento e melhora o recrutamento alveolar<sup>4</sup>.

Ainda que incomum, uma possível complicação de SDRA é IRA, cujos achados histopatológicos de ambas são inespecíficos e associados a uma síndrome resposta inflamatória sistêmica (SIRS), dada a gravidade do caso, comuns a quadros de falência de múltiplos órgãos. Em decorrência de alterações hemodinâmicas e infecciosas que estes pacientes sofrem, pode haver dano hipóxico-isquêmico, culminando em hipoperfusão, vasoconstrição renal e rabdomiólise. Isso explica que o principal determinante da IRA é o mecanismo pré-renal, relacionado com SIRS<sup>5</sup>. A taxa de mortalidade de pacientes com SDRA era muito elevada (50 a 70%), mas mudanças recentes nas estratégias de assistência ventilatória estimam taxas de mortalidade de 26-44% atualmente. Ademais, muitas vezes a mortalidade na SDRA é atribuída a causas não pulmonares, das quais 80% têm como responsáveis a sepse e a insuficiência de outros órgãos, que não o pulmão, por SIRS. No caso relatado, a paciente apresentava na admissão uma chance de mortalidade de 72,8%, calculada pelo SAPS III (71), que estabelece o índice preditivo de mortalidade. Entretanto, o quadro foi manejado resolutivo e adequadamente, demonstrando que as estratégias ventilatórias foram efetivas.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA



**Figura 1.** Raio X da paciente, evidenciando infiltrado difuso bilateral.

### Referências:

1. Amato MBP, Carvalho CRR, Ísola A, Vieira S, Rotman V, Mook M, Franca S. Ventilação mecânica na Lesão Pulmonar Aguda (LPA)/Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *J Bras Pneumol* 2007;33(Supl 2):119-27.
2. National Heart, Lung and Blood Institute ARDS Network. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. *N Engl J Med* 2000;342(18):1301-8.
3. Costa DC, Rocha E, Ribeiro TF. Association of alveolar recruitment maneuvers and prone position in acute respiratory disease syndrome patients. *Rev Bras Ter Intensiva* 2009; 21(2):197-203.
4. Guérin C, Reignier J, Richard JC, et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2013;368(23):2159-68.
5. Sevigiani G, Soares MF, Marques GL, Freitas AK, Gentili A, Chula DC, Nascimento MM. J Bras Nefrol. Acute kidney injury in patients infected by H1N1: clinical histological correlation in a series of cases. *J Bras Nefrol* 2013;35(3):185-190.

## 14. SÍNDROME NEFRÓTICA NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

Sandra Regina Weber<sup>1</sup>, Guilherme Toso<sup>2</sup>, Patrícia Micheli Tabile<sup>2</sup>, Daniela Moraes<sup>2</sup>, Adriana Funk<sup>3</sup>, Claus Dieter Dummer<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [tosogui@gmail.com](mailto:tosogui@gmail.com)

**Introdução.** A síndrome nefrótica (SN) é caracterizada pela presença de edema devido à hipoalbuminemia secundária a proteinúria. A albuminemia costuma ser inferior a 3,0 g/dL e a proteinúria superior a 3,0 g/24h, a hiperlipidemia não é constituinte essencial da definição, embora geralmente esteja presente<sup>1</sup>. Tanto em adultos, quanto em crianças, a SN primária é a apresentação mais frequente e o principal tipo histológico, encontrado através da biópsia renal, é a glomeruloesclerose segmentar focal (GESF). A doença renal diminui a capacidade reprodutiva feminina e a concepção pode levar a progressão da doença, implicando complicações obstétricas relevantes.<sup>2</sup> Diante desse contexto, relatamos um caso de SN na gestação.

**Relato.** Paciente M.C.C.S, sexo feminino, 18 anos, G1C1, com diagnóstico de SN desde 2 anos de idade, sem demais comorbidades. Os primeiros sintomas da paciente iniciaram com cerca de 1 ano de idade. Na ocasião apresentou dispnéia intensa e edema generalizado, a partir do qual a família procurou atendimento médico, sendo manejada com uso de corticoide. A paciente realizou acompanhamento inicial em Santa Cruz do Sul, sendo que em 2006, aos 3 anos, foi encaminhada ao serviço de nefrologia da Santa Casa em Porto Alegre, onde realizou biópsia renal sendo diagnosticado GESF. Ao longo dos anos foram utilizados diferentes esquemas de tratamento como Ciclosporina, Prednisona e Rituximab, devido à múltiplas recidivas. A paciente vinha mantendo-se em remissão da SN, sem uso de medicamentos há 2 anos. Procurou atendimento no serviço do Hospital Santa Cruz no dia 06/09/2015 com 34 semanas e 4 dias de gestação (por ecografia obstétrica de 30/03/2015 com 11 semanas e 2 dias) com dispnéia intensa. Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, hipertensa (150/90 mmHg), com murmúrio vesicular diminuído nas bases pulmonares, edema de membros inferiores 3+/4+ (figura 2), intenso edema de vulva (figura 1), com consequente dificuldade para deambular e sentar. Os exames laboratoriais na admissão evidenciaram proteinúria 4.014 mg/24h e creatinina 0,80 mg/dL. No dia 09/09/15 novos exames foram solicitados apresentando piora na proteinúria pela relação proteína/creatinina na urina 6,404 mg/dL. O hematócrito era 23,8% e hemoglobina 8 g%. Foi transfundida com duas unidades de concentrado de hemácias (CHAD). Iniciou-se o uso de Ciclosporina 100 mg 2 vezes ao dia, Prednisona 60 mg 1 vez ao dia e profilaxia com heparina. Foi solicitada avaliação da equipe de nutrição e iniciado dieta hipossódica. As equipes de nefrologia e de obstetria, após discussão do caso, e considerando os níveis elevados de proteinúria e os picos hipertensivos, optaram pela interrupção da gestação por via abdominal no dia 09/09/2015. O procedimento foi realizado



## RELATO DE EXPERIÊNCIA

sem intercorrências. O recém-nascido (RN) apresentou APGAR 9/10, pesando 2475 gramas, sendo encaminhado para unidade de terapia intensiva neonatal, mantendo-se estável. Sabe-se que não há consenso sobre a idade gestacional ideal para interrupção, nesse cenário.

**Discussão.** O relato de caso descreve quadro de paciente portadora de GESF que apresentou recidiva da SN no final do terceiro trimestre de gestação. A influência negativa da gestação no curso natural da doença renal primária subjacente e a influência do tipo de patologia renal sobre o feto, ainda são temas controversos<sup>3</sup>. Estudo avaliou 31 gestações em mulheres com GESF, 45% das quais resultaram em perda fetal, 39% em parto prematuro e 16% em RN à termo, evidenciando que a GESF está associada ao aumento de perda fetal e complicações maternas<sup>4</sup>. Da mesma forma a insuficiência renal, hipertensão grave ou proteinúria nefrótica decorrentes da GESF foram significativamente associadas ao aumento da perda fetal, prematuridade e menor número de RN à termo<sup>5</sup>. Vale salientar que o tratamento imunossupressor em baixa dose durante a gravidez não é prejudicial para o feto<sup>6</sup>. Contudo, não há uma forma estabelecida de prevenção da exacerbação da SN durante a gestação e nem consenso em relação à IG ideal para interrupção da gestação, sendo uma decisão a critério da equipe médica. Assim, considerando o exposto acima, bem como o quadro clínico da paciente, com níveis elevados de proteinúria e os picos hipertensivos, justifica-se a conduta médica adotada.



**Figura 1.** Vulva edemaciada ainda no pós parto.



**Figura 2.** Edema de MMII no pré-parto.

## Referências.

1. Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* Vol. XXVI, p. 07-09, 2005.
2. Schor P, dos Santos P, Boim M. Insuficiência Renal Aguda. *Guia Prático de Urologia*. Cap 13, p. 65-72, 2000.
3. Jungers P, Houillier P, D Esqueça, Henry-Amar M. Controvérsias específicas relativas à história natural da doença renal na gravidez. *Am J Kidney Dis* 1991;17(2):116-22.
4. Packham DK, North RA, Fairley KF, Ihle BU, Whitworth JA, Kincaid-Smith P. Pregnancy in women with primary focal and segmental hyalinosis and sclerosis. *Clin Nephrol* 1988;29(4):185-92.
5. Packham DK1, North RA, Fairley KF, Kloss. M, Whitworth JA, Kincaid-Smith P. Glomerulonefrite primária e gravidez. *QJ Med* 1989;71(266):537-53.
6. Alexopoulos E, Bili H, Tampakoudis P, D Economidou, Sakellariou G, Mantalenakis S, Papadimitriou M. Outcome da gravidez em mulheres com doenças glomerulares. *Ren Falha* 1996;18(1):121-9.

## 15. SARCOMA DE KAPOSI EM PACIENTE HIV POSITIVO: RELATO DE CASO CLÍNICO

**Giulia Rubin Fuga<sup>1</sup>, Letícia Lanzarin Gehm<sup>1</sup>, Marina da Costa Magalhães<sup>1</sup>, Rafaela Kuczynski da Rocha<sup>1</sup>, Cristiane Pimentel Hernandes<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [gi\\_rubin@hotmail.com](mailto:gi_rubin@hotmail.com)

**Introdução.** O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia rara que necessita do vírus herpes humano 8 (HHV-8) para o seu desenvolvimento<sup>1,2</sup>. Ainda é incerta a forma como esse vírus provoca a transformação neoplásica, mas sabe-se que as células endoteliais infectadas pelo HHV-8 são induzidas a proliferação através de fatores inflamatórios e angiogênicos<sup>3</sup>. São reconhecidas quatro formas clínicas desse sarcoma: a clássica, a endêmica, a iatrogênica e a epidêmica. Em todas as suas formas, afeta mais homens do que mulheres<sup>3,4</sup>. O sarcoma de Kaposi endêmico é o relacionado ao HIV, considerada a forma mais prevalente e o tipo mais agressivo, sendo em indivíduos infectados pelo HIV o câncer mais comum, caracterizando-se como uma doença oportunista e definidora de AIDS<sup>1,2,4</sup>. A incidência dessa forma de sarcoma sofreu um declínio após a utilização de antirretrovirais para o controle do HIV, encontrado atualmente em uma frequência menor de 5 casos por 1000 pessoas-ano<sup>5</sup>. O presente trabalho justifica-se pela importância do tema em pacientes portadores de HIV.

**Relato.** Homem, branco, pedreiro, 37 anos de idade com diagnóstico de HIV/Aids em maio de 2009, através do rastreamento de pré-natal da esposa, já falecida. Tabagista, na época se encontrava assintomático, porém apresentava contagem de linfócitos TCD4+ de 212 células/mm<sup>3</sup> e carga viral para HIV de 10.445 cópias de vírus. Em seguida foi iniciada a terapia antirretroviral com zidovudina, lamivudina, lopinavir/ritona-

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

vir, com boa resposta. Há 3 anos, apesar da boa adesão ao tratamento antirretroviral e da manutenção da carga viral indetectável, paciente começou a apresentar emagrecimento e aparecimento dos primeiros sinais da lipodistrofia. Em seguida surgiram, apesar da melhora da imunidade, lesões ulceradas na face, lóbulos auriculares e membros superiores cuja biópsia evidenciou histoplasmose cutânea. Paciente fez uso durante 12 meses de Itraconazol 200 mg/dia com resolução completa dos sintomas. Há 4 meses apresentou pequenos nódulos hemorrágicos, ora violáceos, na região da bolsa escrotal. As provas de coagulação estavam normais. O paciente seguia em uso regular da terapia antirretroviral e sua carga viral seguia indetectável e seu CD4+ era de 518. Foi, então, solicitada biópsia de pele do local das lesões, e o resultado evidenciou Sarcoma de Kaposi. O paciente foi imediatamente encaminhado para o serviço de oncologia de referência para estadiamento e tratamento.



**Figura 1.** Bolsa escrotal apresentando lesões violáceas sugestivas de sarcoma de Kaposi. (Foto cedida pelo paciente exposto no relato acima, paciente do Cemtas de Santa Cruz do Sul).

**Discussão.** Os fatores comumente associados ao desenvolvimento do Sarcoma de Kaposi são o fator de crescimento endotelial, expressão oncogênica e predisposição genética associada a fatores ambientais. O agente infeccioso, associado ao Sarcoma de Kaposi, foi determinado através do isolamento de sequências de DNA únicas em tecidos do Sarcoma de Kaposi AIDS-associado e essas sequências foram identificadas e denominada de Sarcoma de Kaposi Herpes Vírus (KSHV) ou Herpes Vírus Humano 8 (HHV-8)<sup>6</sup>. O HHV-8 pode desencadear ou amplificar o processo de aparecimento do sarcoma de Kaposi, que inicia com uma desregulação imune

caracterizada pela ativação de células T CD8+ e produção de citocinas estimuladoras de Th1. Estas promovem adesão e extravasamento de linfomonócitos, produção de células fusiformes e angiogênese. Além disso, a imunossupressão causada pelo HIV possui papel importante em sua origem, podendo ser, o Sarcoma de Kaposi a primeira manifestação da infecção viral<sup>7</sup>. O sarcoma de Kaposi é cerca de 300 vezes mais comum em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida do que em outros tipos de imunodeficiência, e geralmente ocorre no contexto de contagem de CD4 abaixo de 150-200 células/mm<sup>3</sup>. Atualmente, a doença predomina nos países desenvolvidos, homens são mais acometidos do que mulheres, está mais relacionada a relações sexuais anais, podendo ocorrer transmissão também durante o parto ou via transplacentária. Alguns autores relatam sobrevida média da doença de 28 meses após o diagnóstico, enquanto, para aqueles pacientes com doença oportunista associada, a sobrevida foi de aproximadamente 6 meses<sup>8</sup>. O curso clínico da doença é muito variado, podendo se manifestar como mínima lesão mucocutânea ou doença disseminada com envolvimento de outros órgãos. As lesões podem envolver pele, mucosa oral, linfonodos e vísceras. As lesões cutâneas são mais frequentes em extremidades inferiores e região cervical, podendo se apresentar na cor marrom, rosa ou violeta<sup>9</sup>. Torna-se evidente que este vírus pode causar doença clínica significativa, possivelmente através da manipulação de mecanismos de controle celular e evitando ou modificando o sistema imune. A rota exata de transmissão do HHV-8 ainda não foi definida, e métodos de limitar ou eliminar a infecção pelo HHV-8 precisam ser desenvolvidos. O tratamento do Sarcoma de Kaposi objetiva a palição dos sintomas, já que a erradicação da infecção por HHV-8 não é possível, podendo recidivar localmente ou à distância. Este deve ser individualizado conforme o estadiamento do paciente e pode ser feito a nível local, principalmente com radioterapia, ou sistêmico, com quimioterapia, pode-se também associar terapia local e sistêmica. Em se tratando de pacientes HIV positivos é importante a Terapia Antirretroviral (TARV) devido ao efeito de reconstituição imune e controle da infecção. Conforme descrito no relato, o paciente tem CD4 alto, apresentando-se fora do contexto de contagem de CD4 baixo, mais comumente encontrado. Sendo assim o paciente apresenta caso atípico de Sarcoma de Kaposi.

## Referências.

1. Arruda E. et al. Consensus of the Brazilian Society of Infectious Diseases and Brazilian Society of Clinical Oncology on the management and treatment of Kaposi's sarcoma. *Braz J Infect Dis* 2014;18(3):315-26.
2. Boschetti G, Hausen G, Machado CPH. Nódulos e placas cutâneas

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

- disseminadas. *Rev Epidemiol Control Infect* 2014;4(1):28-29.
- Knowlton E. et al. Human Herpesvirus 8 induces polyfunctional B lymphocytes that drive Kaposi's sarcoma. *mBio* 2014;5(5).
  - Giffin L, Damania B. KSHV: Pathways to Tumorigenesis and Persistent Infection. *Adv Virus Res* 2014;88:111-159.
  - Abbas AK, Fausto N, Kumar V, Cotran RS, Aster JC, Robbins SL.: Robbins e Cotran: Patologia - Bases patológicas das doenças. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p.246-248.
  - Leao, J.C.; Hinrichsen, S.L.; Freitas, B.L. de and Porter, S.R. Herpes vírus humano-8 e Sarcoma de Kaposi. [online]. *Rev. Assoc. Med. Bras* 1999;45(1):55-62
  - Kalil JA et al. Sarcoma de Kaposi em membros inferiores: relato de caso. *J Vasc Bras* 2010;9(4).
  - Safai B, Schwartz JJ. Kaposi's sarcoma and the acquired immunodeficiency syndrome. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. (Ed.): AIDS: etiology, diagnosis, treatment, and prevention. Philadelphia: Lippincott. 1997. p. 210-28
  - Arruda E, et al. Consensus of the Brazilian Society of Infectious Diseases and Brazilian Society of Clinical Oncology on the management and treatment of Kaposi's sarcoma. *Braz J Infect Dis* 2014;18(3):315-326.

## 16. TUMOR DE TESTÍCULO ASSOCIADO À MICROLÍTIASE CONTRALATERAL: RELATO DE CASO

**Augusto de Andrade Sehn<sup>1</sup>, Diorgnes Silva<sup>1</sup>, Patrícia Micheli Tabile<sup>1</sup>, Ingre Paz<sup>1</sup>, Paulo Roberto Laste<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. diorgnes\_atm@hotmail.com

**Introdução.** O tumor testicular representa de 1 a 2% de todos os cânceres do sexo masculino. Acomete mais comumente a faixa etária de 15 a 45 anos, sendo a maior incidência entre homens brancos. Os principais fatores de risco são: criptorquidia, atrofia testicular, síndrome de Klinefelter, infertilidade, história familiar e presença de tumor testicular contralateral. Para prevenção, destaca-se a importância da inserção de programas de educação em saúde para o auto-exame testicular, sendo a sobrevida depende da detecção precoce, sendo recomendado pela Sociedade Americana de Câncer que o exame testicular por profissional habilitado seja efetuado trianualmente para homens com idade superior a 20 anos e, anualmente, para homens acima de 40 anos. A orquidopexia na fase pré-puberal pode diminuir o risco de câncer de testículo, recomendando-se essa intervenção cirúrgica em meninos com idade entre 10 e 11 anos que tiveram criptorquidia. Sabe-se que o tumor maligno de testículo se divide em três tipos: tumores de célu-

las germinativas, células não-germinativas e extragonadais, sendo o de células germinativas do tipo seminoma o mais comum. A apresentação clínica pode apresentar: aumento do volume testicular, dor local, nódulo testicular, dor lombar e/ou abdominal, massa abdominal, hidrocele, ginecomastia, gânglios palpáveis, além de antecedente de trauma escrotal. O ultrassom escrotal é o exame radiológico mais adequado, revelando imagem hipoeoica homogênea nos seminomas e heterogênea nos não-seminomas. O tratamento varia de acordo com o estadiamento, sendo a orquiectomia inguinal unilateral, com ressecção do cordão espermático o tratamento inicial padronizado para todos os pacientes com câncer de testículo. O prognóstico independe não apenas do tipo histológico do tumor, mas principalmente de seu estadiamento clínico e das condições clínicas do paciente. O objetivo desse estudo é relatar um caso de câncer de testículo em um paciente de meia idade em um no hospital em Santa cruz do sul-RS.

**Relato.** A.S., 35 anos, procura serviço de urologia referindo dor associada ao aumento em testículo esquerdo há 3 dias. Relata endurecimento do mesmo sem outras queixas. Ao exame físico, apresenta aumento e endurecimento de bolsa escrotal esquerda, sem outras alterações. Realizada ecografia escrotal que apresentou testículo esquerdo globoso heterogêneo medindo 64x43x44mm, com volume estimado de 65cc, tendo um aspecto ecográfico de microlitíase testicular, sugestivo de neoplasia (Imagem 1). Testículo direito medindo 41x21x22mm, com volume estimado de 10,4cc, também apresentando imagens hiperecogênicas em sua estrutura compatíveis com microlitíase testicular (MLT) (Imagem 1). Exames laboratoriais solicitados de  $\beta$ -HCG: 4,30 mU/mL; Alfa-Feto-proteína: 61,55 ng/mL; DHL: 1205 UI/L. Realizado tomografia de tórax e abdômen após imagem de raio-x de tórax com nodularidade projetada próxima a região axilar do hemitórax esquerdo. A tomografia identifica nódulo sólido localizado na cortical do segmento posterior do lobo superior esquerdo, medindo cerca de 1,4x1,2cm e outros dois pequenos nódulos no lobo superior direito menores que 5,0 mm, levantando a possibilidade de implantes secundários. Evidencia também aumento de linfonodo mediastinal paratraqueal alta à direita, com cerca de 1,3cm no menor eixo, sem outras alterações. Em abdômen, fígado apresenta contornos e dimensões normais, com diminuta imagem hipodensa com cerca de 0,5cm no lobo direito em segmento VII, de difícil caracterização, recomendando-se controle. Paciente então submetido a orquiectomia radical esquerda, tendo a descrição histológica ao exame anatomopatológico de tumor de células germinativas misto: Carcinoma embrionário – 90% e Tumor de Seio Endodérmico – 10%, sendo seu estadiamento pT2; pNx; pMx. Após tratamento cirúrgico, paciente realizou três ciclos de quimioterapia. Exames atuais: TC de tórax não identificam mais as opacidades

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

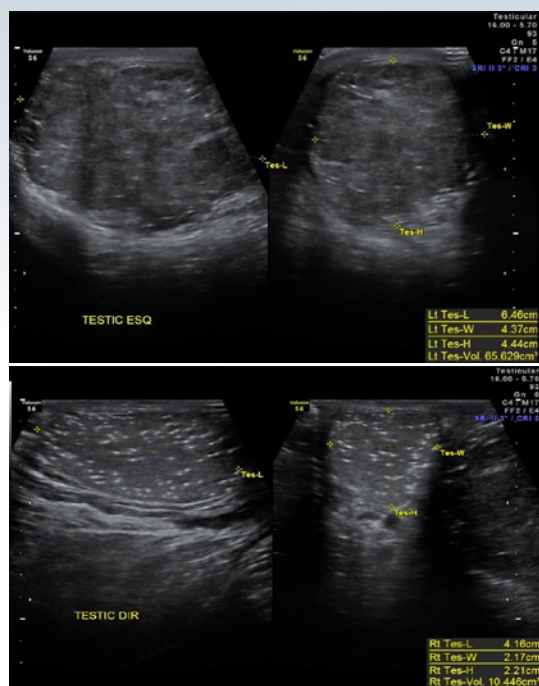


Figura 1

em vidro fosco descritas previamente. Permanece linfonodo paratraqueal alto a direita, com dimensões aumentadas e medindo cerca de 1,4 cm. Ecografia testicular: Inúmeras microcalcificações no testículo direito. Alfetoproteína 1,6 ng/mL. Beta HCG < 1,2 mU/mL. DHL: 374 UI/L.

**Discussão.** Observou-se que o paciente manifestou, na faixa etária mais predominante de acometimento, uma apresentação clínica típica de tumor testicular com dor, endurecimento e aumento do testículo afetado. Após alta suspeição no exame físico de neoplasia testicular maligna, considerou-se que o diagnóstico diferencial de cisto epididimário, já que se caracteriza com um tipo histológico pouco frequente, benigno e mais incidente na entre a segunda e quarta década de vida. O diagnóstico de neoplasia testicular esquerda foi realizado por ultrassonografia (US) e tomografia computadorizada (TC) testicular, associados aos exames laboratoriais. Na US do testículo direito encontrou-se lesões compatíveis com microcalcificações (MLT), as quais se caracterizam por imagens hiperecogênicas maiores que 3 mm dentro do parênquima testicular. Sabe-se que a associação entre MLT e malignidade testicular foi relatada pela primeira vez em 1988, sendo que desde então, tem havido inúmeras publicações que confirmam a associação entre MLT e carcinoma testicular in situ, neoplasia intra-epitelial testicular e tumor de células germinativas. A presença da microlitíase parece estar mais associada

a risco de malignidade em pacientes com história de tumor no testículo contralateral (caso do paciente relatado) ou com microlitíase associada à criptorquidia ou infertilidade. Mesmo assim, a força da associação e evidências de uma relação causal entre estas condições se mantém controversa. Sabe-se que a MLT não tem sua etiologia definida, sendo seu aparecimento atribuído a fatores genéticos, síndrome de disgenesia testicular, disfunção das células de Sertoli e/ou degeneração das células germinativas. Após essa etapa do diagnóstico foi indicado orquiectomia radical esquerda, com biópsia da peça cirúrgica apresentando majoritariamente o carcinoma de células embrionárias e tumor do saco endodérmico (ou do saco vitelino), caracterizando o tumor germinativo misto, o qual corresponde a cerca de 40% dos casos. A figura 2 apresenta esquematicamente os tipos histológicos dos tumores. O carcinoma de células embrionárias apresenta menor grau de diferenciação celular e geralmente são tumores pequenos, de superfície heterogênea, com colorações variadas de focos de necrose e hemorragia. Já o tumor do saco vitelino foi um dos tumores de células germinativas mais recentemente reconhecido, sendo raro na prática clínica. Apesar de ser o tumor maligno testicular mais comum na infância, podem ser encontrados em adultos, principalmente nos tumores germinativos mistos. Esse estudo tem como o principal objetivo mostrar a importância de um diagnóstico e tratamento precoce aumentando assim a sobrevida e diminuindo os custos do Sistema Único de Saúde.

### Referências.

1. Walsh TJ, Dall'Era MA, Croughan MS, Carrol PR, Turek PJ. Prepubertal orchiopexy for cryptorchidism may be associated with lower risk of testicular cancer. *J Urol* 2007;178(4 Pt 1):1440-6.
2. Wood HM. Orchiopexy may prevent testis cancer in boys with cryptorchidism [editorial comment]. *J Urol* 2007;178(4 Pt1):1446.
3. Stotts R C. Cancers of the prostate, penis, and testicles: epidemiology, prevention, and treatment. *Nurs Clin North Am* 2004;39(2):327-40.
4. Braga IC, Cabral J, Louro N, de Carvalho JL. Testicular Cancer Awareness and Knowledge: Is It the Same? Exploratory Study in a Mixed-Gender Population. *J Cancer Educ*. 2015 [Epub ahead of print].
5. Tan MH, Eng C. Testicular microlithiasis: recent advances in understanding and management. *Nat Rev Urol* 2011;8:153-63.
6. Jesus LE, et al. Testis tumor associated to microlithiasis. *Rev Paul Pediatr* 2013;31(4):554-8.
7. Tan MH, Eng C. Testicular microlithiasis: recent advances in understanding and management. *Nat Rev Urol* 2011;8(3):153-63. doi:10.1038/nrurol.2011.1.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

- Woodward PJ, Sohaey R, O'Donoghue MF, Green DE. Tumors and tumorlike lesions of the testis: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics* 2002;22:189-216.
- Cadilhe JP, Ramos M, Pimenta A. Microlitíase testicular: apresentação de 3 casos clínicos e revisão da literatura. *Acta Urológica* 2003;20(3):51-55.

## 17. USO DE RETALHO NASOGENIANO NA RECONSTRUÇÃO DE ASA DE NARIZ APÓS MORDIDA DE CÃO: RELATO DE CASO

Vitor Hugo Gouveia do Carmo Ferreira<sup>1</sup>, Matheus Baldasso Araújo<sup>1</sup>, Bruna Pisching Marchesan<sup>1</sup>, Maite Panizzon<sup>1</sup>, Rodolfo Petter<sup>1</sup>, Susana Fabíola Mueller<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

**Introdução.** O retalho do sulco nasogeniano é um retalho essencial em reconstrução nasal. Suas principais indicações são defeitos extensos e profundos de asa de nariz e menos frequentemente, pequenos defeitos da porção inferior da ponta nasal e columela<sup>1</sup>. Uma característica importante é que a pele doadora é bastante semelhante à da asa nasal<sup>2</sup>. O suprimento sanguíneo provém dos ramos subcutâneos das artérias: facial, labial e angular. As limitações no uso desse retalho consistem em sua largura que não deve exceder 2,5cm para que se consiga fechar a área doadora satisfatoriamente<sup>3</sup>. O objetivo foi analisar o desfecho de reconstrução de asa de nariz após mordedura de cão mostrando o retalho nasogeniano como uma alternativa segura e com resultados funcionais e estéticos satisfatórios.

**Relato do caso.** C.C, 29 anos, masculino, branco, apresentava trauma em asa nasal direita com perda de substância, após mordida de cachorro doméstico. A cirurgia foi realizada em 2 tempos e a posterior refinamento do retalho. Em primeiro tempo a técnica utilizada foi de rotação de retalho nasolabial (RNG) com pedículo superior. No planejamento cirúrgico demarcou-se à área doadora do retalho nasolabial fazendo uma comparação com o tamanho da asa nasal esquerda para simetria correta. Procedeu-se então a incisão da área demarcada. Após foi realizada a aproximação com a área doadora com confecção do forro nasal. O retalho foi então fixado no sentido craniocaudal. Após três semanas foi realizado o segundo tempo da cirurgia com dissecação do pedículo e reparo do retalho. Em um terceiro instante após 3 meses da cirurgia se realizou correção e dissecação da derme e hipoderme do retalho para que a região ficasse mais simétrica com a asa esquerda. A incisão da área doadora ficou sob o sulco nasolabial, conferindo a região um bom aspecto estético. Não houve complicações pós-operatórias. Após seguimento de 5 meses



Figura 1. Perfil da Asa Nasal Direita

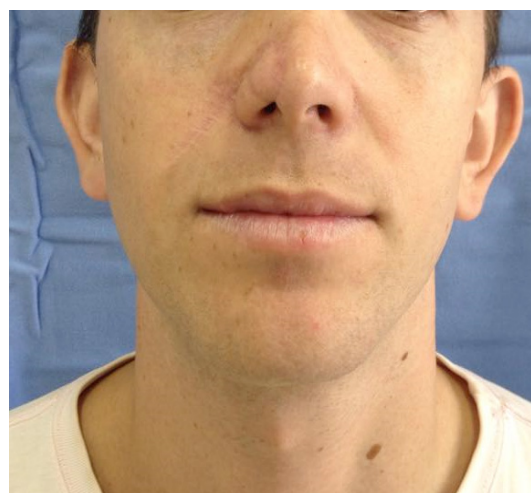


Figura 2. Frontal da Asa Nasal Direita

foi dada alta ao paciente apresentando resultado final nas imagens de perfil (1) e frontal (2).

**Discussão.** O RNG também é uma ótima opção para a reconstrução pós-retirada de tumores, é importante salientar que, a reconstrução da região do retalho só poderá ser executada após a realização de exame anatomopatológico que evidencie ausência de neoplasia na região. Poucas são as desvantagens do uso desse tipo de retalho. Entre elas estão relatadas: *dog ear* no arco de rotação, deformidades na parte superior do lábio e, no caso das ressecções mais profundas, lesão no ramo medial do nervo facial (especialmente o ramo bucal)<sup>4</sup>. No caso descri-

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

to, a reconstrução utilizou um RNG com pedículo superior. A partir de então, se sobrepõem as dificuldades da reconstrução da pirâmide nasal. Procedeu-se à ressecção de columela, de parte nasal direita, de assoalhos narinários, de cartilagens da ponta nasal e do septo, e de cartilagens triangulares distais, o que limitou as escolhas de tecidos locais para reconstrução. Optou-se por reconstrução com tecidos locais em três estágios como já citado. Houve aproveitamento do RNG para confecção da ponta nasal e parte da asa nasal direita. Os fatos que motivaram a escolha do RNG neste caso foram: em primeiro lugar, as características clínicas da paciente. Restaria apenas o objetivo secundário do ajuste estético, adequando-se à funcionalidade. Assim entende-se que utilização do retalho nasogeniano para asa de nariz apresentou desfechos funcionais e estéticos favoráveis para o paciente. O retalho nasogeniano se mostrou uma opção versátil e simples com ótima vascularização sendo uma ótima opção para cobrir pequenos e médios defeitos do nariz, restabelecendo a harmonia estética da face.

### Referências.

1. ARDEN RL, Nawroz-Danish M, Yoo GH, Meleca RJ, Burgio DL. Nasal alar reconstruction: a critical analysis using melolabial island and paramedian forehead flaps. *Laryngoscope* 1999;109(3):376-82.
2. NGUYEN TH. Staged cheek-to-nose and auricular interpolation flaps. *Dermatol Surg* 2005;31(8 Pt 2):1034-45.
3. CAMERON RR. Nasolabial and cheek flaps. *Grabbs Encyclopedia of flaps*, 2nd ed. B. Straunch, L.O. Vanconez and E. J. Hall-Findlay. Eds. Lippincott-Raven. Philadelphia 1998;1:56-61
4. DOLAN, RW. *Facial plastic, Reconstructive and trauma surgery*. New York: Marcel Decker, 2004.

## 18. USO DE RETALHOS LOCAIS NA COBERTURA DE UMA GRANDE LESÃO LOMBOSSACRAL: RELATO DE CASO

Vítor Hugo Gouveia do Carmo Ferreira<sup>1</sup>, Guilherme Toso<sup>1</sup>, Gustavo Biondo<sup>1</sup>, Paulo Roberto Nessi Custódio Carnacini<sup>1</sup>, Priscila Santos<sup>1</sup>, Susana Fabíola Mueller<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

**Introdução:** Entende-se como retalho um segmento de tecido corpóreo que pode ser destacado de seu leito original e transposto para outra região sem que haja prejuízo de sua vascularização<sup>1</sup>. A escolha do retalho depende do tamanho da lesão, localização e da experiência da equipe que vai realizar a cirurgia. Os retalhos musculares ou mio-cutâneos como o grande dorsal, serrátil, reto abdominal foram muito usados na década de oitenta. Atualmente a preferência tem sido pelos

retalhos fascio-cutâneos e de perfurantes, pois vem com pele, não necessitando de enxertia como nos retalhos musculares. Os retalhos mais usados são o anterolateral da coxa (ALT), o lateral do braço, o inguinal e outros. A cobertura de grandes feridas traumáticas é um dos grandes desafios da cirurgia plástica e o uso de retalhos livres são úteis nessa problemática. Os retalhos locais são aqueles derivados de pele "elástica" adjacente ao defeito. O objetivo foi analisar o desfecho de reconstrução na região lombossacral após trauma automobilístico de cinemática grave com necrose de partes moles nessa região utilizando retalhos locais ao acaso sendo uma alternativa segura e com resultado funcional e estético satisfatório.

**Relato.** R.A, 21 anos, masculino, branco, internou no hospital no dia 28 de março, vítima de acidente automobilístico de cinemática grave, apresentando lesão transfixante com orifício de entrada em glúteo superior direito e orifício de saída em região perianal posterior, com importante laceração de partes moles. Na internação, paciente recebeu antibioticoterapia, transfusão de concentrado de hemácias devido a presença de anemia indicado pelo hemograma (Hemoglobina



Figura 1. Debridamento Cirúrgico.



Figura 2. Pequena região com granuloma.

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

de 7.7). No dia 09 de abril de 2015, paciente foi submetido a desbridamento em bloco cirúrgico (imagem 1) pois apresentava grande área de necrose em região lombossacral e glútea, o procedimento não teve intercorrências. No mesmo mês foi realizada cirurgia plástica de reconstrução através do uso de retalhos locais randomizados da região lombossacral. A cirurgia durou em torno de uma hora e meia com aproximação das bordas e revitalização. Permaneceu pequena área central aberta que fecharia por segunda intenção ou talvez necessitasse de um terceiro tempo cirúrgico com enxertos. O paciente seguiu acompanhamento mensal no ambulatório de cirurgia plástica da Unidade Acadêmica. Três semanas após a cirurgia reparadora o paciente já estava deambulando. Não apresentou partes necróticas, nem hematomas e nem sinais flogísticos durante o fechamento da ferida. A ferida limpa apresentou tecido de granulação, ótima cicatrização e durante o período foram realizados curativos diários. Na consulta do mês agosto ainda notou-se pequena área aberta na região lombossacral (Imagem 2) e que foi completamente fechada, formando uma crosta cicatricial na consulta do mês de setembro, não necessitando de enxertia local. Foi então dada alta ambulatorial ao paciente e retorno em março de 2016.

**Discussão.** Lesões traumáticas como contusões, esmagamentos, deslocamentos, queimaduras, amputações, sequelas dentre outras, são grandes desafios na cirurgia plástica no momento de serem reconstruídas para se tentar devolver suas funções, além de buscar bons resultados estéticos. O tratamento de grandes feridas segue um protocolo o qual foi utilizado no paciente. A primeira etapa desse protocolo foi o desbridamento, removendo sujeira, corpos estranhos e tecido necrótico, só assim o paciente foi encaminhado para reconstrução em cirurgia plástica assegurando que a ferida estava limpa e vascularizada. Quando se preparava um retalho devemos ter uma base um pouco mais ampla que a largura do corpo, isso ajuda a diminuir as chances de necrose e pelo menos 1,5 vezes maior que o comprimento do defeito. Outro ponto a ser notado são os locais sujeitos a movimentação excessiva que não devem ser utilizados como doadores. Quando a irrigação é duvidosa, podemos mudar a técnica utilizando múltiplos retalhos pequenos<sup>2</sup>. Na cirurgia foram realizados múltiplos retalhos locais pequenos devido à extensão da lesão e poucas opções de retalho local. Na aproximação dos retalhos percebemos que uma pequena área central ficaria não coberta o que poderia fechar por segunda intenção ou necessitaria de enxerto no futuro. A maior parte do tecido a ser reconstruído estava viável e com ótima perfusão. A partir de então se fez retalhos locais. O procedimento durou cerca de uma hora e meia. No tratamento domiciliar foram realizados curativos e retorno ambulatorial mensalmente. A lesão fechou-se completamente após cerca de seis meses de

cirurgia reconstrutora não necessitando de enxertia. Notamos que o uso de múltiplos retalhos locais foi uma ótima opção no tratamento dessa extensa lesão uma vez que se conseguiu fechar quase toda ferida sem necrose, sem hematomas e com ausência de sinais flogísticos possibilitando a deambulação precoce do paciente. Concluímos que um bom planejamento, seguindo corretamente a descrição da técnica e tomando os devidos cuidados no trans e pós-operatórios, as chances de insucesso tornam-se quase nulas. São técnicas extremamente úteis para reparar grandes defeitos teciduais, gerando um bom resultado estético, funcional, auxiliando na aceleração cicatricial e diminuindo as chances de infecção.

## Referências.

1. MELEGA, Cirurgia Plástica: Princípios e Atualidades, Guanabara Koogan, 2011,RJ.
2. PAVLETIC M. Atlas of small animal wound management and reconstructive surgery. 3rd ed. Wiley-Blackwell, Cambridge, 2010, p.81-124, p.241-284, p.307-430.

## 19. ENDOMETRIORSE DE PAREDE ABDOMINAL POR TRANSPLANTE POR MEIO DE CESÁREA

**Matheus André Baldasso Corrêa<sup>1</sup>, Valdir Borges Dutra Junior<sup>1</sup>, Guilherme Reghelin Goulart<sup>1</sup>, Bruna Renz<sup>1</sup>, Kelli Martinazzo<sup>1</sup>, Rafael Antoniazzi Abaid<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [matheuscorrea@mx2.unisc.br](mailto:matheuscorrea@mx2.unisc.br)

**Introdução.** A endometriose, como entidade clínica, caracteriza-se pela presença de tecido endometrial com glândulas e estroma fora da cavidade uterina. Localiza-se mais frequentemente na pelve, atingindo os anexos uterinos. Todavia, é possível encontrar, também, implantes em septo retrovaginal e peritônio.<sup>1</sup> Ocorre geralmente em mulheres em idade reprodutiva, com pico máximo entre os 30 e 40 anos e pode regredir em até 50% dos casos. No entanto, em casos mais raros, os implantes podem ser encontrados em sítios distantes, como no intestino, na bexiga, nos ureteres, nos pulmões e em cicatrizes cirúrgicas. Os implantes endometriais podem, em alguns casos, surgir no tecido subcutâneo de cicatrizes cirúrgicas e nos tecidos adjacentes após a realização de atos operatórios que abordem o útero, como cesáreas e hysterectomias.<sup>2</sup> Assim, no que tange a incidência de endometriose em cicatrizes cirúrgicas, temos um índice relatado que varia entre 0,03 e 3,5%.<sup>1</sup> Tal evento tem sua etiopatogenia justificada através da combinação de duas teorias distintas: disseminação linfática e metaplasia celômica. O diagnóstico é clínico e as-

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

sociado a exames de imagem. O tratamento é sempre cirúrgico, exigindo, contudo, a confirmação do diagnóstico por exame anatomopatológico.<sup>1</sup> Perante a baixa incidência de tais eventos, torna-se essencial a descrição e o conhecimento do quadro clínico, visando a identificação adequada da doença e o a indicação do melhor manejo, precocemente.

**Relato.** Mulher de 45 anos de idade, ex tabagista há 10 meses, veio ao ambulatório de cirurgia geral do HSC se queixando de dor com característica de facada em local de incisão de Pfannenstiel há cinco anos. Realizou cesárea há 16 anos e percebeu o surgimento de nodulações nas extremidades da cicatriz. Segundo a paciente, a dor foi associada ao seu período menstrual, de modo que ela surgia e aumentava nos dias em que ocorria a menstruação. Não houve episódios de febre ou de secreção de material purulento pela ferida operatória. Não foram relatadas alterações de hábitos fisiológicos durante o período. Ao exame físico, constatou-se presença de nodulações em extremidades de incisão de Pfannenstiel com presença de dor à palpação de fossas ilíacas direita e esquerda. Trouxe ecografia previamente realizada mostrando presença de formações nodulares sólidas hipocóicas, de contornos irregulares e com discreta presença de fluídos. O nódulo na fossa ilíaca direita possuía 2,5 x 2,9 x 2,6cm, distando 1,9cm da pele. O nódulo da fossa ilíaca esquerda possuía 3,7 x 2,9 x 2,2cm, distando 1,7cm da pele.

Foram levantadas as hipóteses diagnósticas de endometriose e de granuloma de fio. A cirurgia foi realizada com anestesia raquidiana. A lesão se localizava totalmente no tecido subcutâneo. Foi realizada uma excisão local ampla com retirada de duas massas de aspecto nodular de 5,3 x 4,0 x 3,0cm e 7,0 x 4,5 x 2,7cm, evidenciando-se pontos escurecidos nas suas superfícies. A peça retirada foi encaminhada para anatomopatológico. O resultado do exame evidenciou presença de tecido conjuntivo com focos de endometriose em ambas as peças. Não houve nenhuma intercorrência no acompanhamento do pós-cirúrgico.

**Discussão.** A endometriose de parede abdominal posterior a uma cirurgia é um evento raro. A maioria dos casos relatados estão associados a pacientes com cesárea prévia, mas já foi observado em pacientes com história de histerectomia, apendicectomia e hernioplastia inguinal. A teoria mais aceita

para esses casos é o transplante de células endometriais por meio dos instrumentos cirúrgicos para áreas adjacentes ou que entraram em contato com o instrumental. Recomenda-se que após cesáreas se faça profilaxia com irrigação vigorosa da ferida operatória com solução salina antes do fechamento da parede abdominal. O tempo entre a cirurgia prévia e o aparecimento dos sintomas de endometriose variam de meses até 20 anos. Os sintomas evidenciados na endometriose de parede abdominal são compatíveis com o do caso relatado. A suspeita de endometriose deve ser sempre levantada quando houver associação dos sintomas com o ciclo menstrual, contudo, essa relação não está sempre bem estabelecida, de modo que devem fazer parte do diagnóstico diferencial tumores (sarcomas, carcinomas metastáticos, granulomas, tumor desmóide), hérnias e hematomas. A ultrassonografia e a tomografia computadorizada fazem parte dos exames complementares que são úteis para o planejamento da cirurgia. O procedimento tem o objetivo de remover completamente a lesão, não podendo restar nenhum fragmento do tecido endometrial, sob o risco de ocorrer recidiva. Portanto, a excisão deve ser ampla.

## Referências.

- VILARINO, F.L.; BIANCO, B.; BARBOSA, C.P. et al. Endometriose em cicatriz cirúrgica: uma série de 42 pacientes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2011;33(3):123-7.
- NOMINATO, N.S.; PRATES, F.V.S.; LAUAR, I. et al. Endometriose de cicatriz cirúrgica: estudo retrospectivo de 72 casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2007;29(8):403-7.
- JUNIOR, M.S.; ROSA, D.M. et al. Endometriose do trato geniturinário: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências de Saúde*, 2011.
- NÁCUL, A.P., SPRITZER, P.M.; Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2010;32(6):298-307.
- ACETTA, I.; ACETTA, P.; ACETTA A.F. et al. Endometrioma de parede abdominal. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva* 2011;24(1):26-29.



## TRABALHOS DE LIGAS - Resumos de Trabalhos Originais

### 1. ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS DE GRUPO DE IDOSOS A RESPEITO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Josiele Rossato Marion<sup>1</sup>, Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa<sup>1</sup>, Bruna Polanski Costa<sup>1</sup>, Gabriela Graça Soder Dalmas<sup>1</sup>, Valdir Borges Dutra Junior, Melissa Agostini Lampert<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [josi.marion@hotmail.com](mailto:josi.marion@hotmail.com)

**Introdução.** O aumento do número de idosos é tendência mundial, observada também no Brasil. Diante disso, a preocupação com a população idosa se torna questão social, exigindo elaboração de políticas públicas voltadas à atenção integral ao idoso. Nesse contexto, surge a Universidade do Adulto Maior (UniAMa) na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Parte do Projeto Terceira Idade na UNISC, que tem como objetivo integrar os idosos no meio universitário e oferecer ensino de temas relevantes para essa fase. Uma das disciplinas ministradas é a de Saúde do Idoso, de responsabilidade da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia da UNISC, que busca abordar peculiaridades relacionadas à saúde dessa faixa etária. Observa-se que a partir de todas as políticas criadas e avanços da medicina tem-se hoje melhor qualidade de vida para essa população<sup>2</sup>, incluindo tecnologias que permitem a alguns idosos manter, durante mais tempo, por exemplo, atividades antes restritas à população jovem, como a continuidade da atividade sexual<sup>4</sup>. Terapias de reposição hormonal e medicamentos para a impotência auxiliam na redescoberta da vida sexual pela população idosa<sup>4</sup>. Associada a isso, aumenta a preocupação a respeito da segurança da vida sexual desses idosos, que muitas vezes, desprotegidos, estão sujeitos ao contato com doenças sexualmente transmissíveis (DST). Assim, esse estudo, realizado com os alunos da turma de 2015 da UniAMa, objetiva identificar o comportamento desses idosos na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como avaliar os conhecimentos dos alunos sobre esse tema.

**Metodologia.** Realizou-se estudo transversal, por meio de questionário autoaplicável com 33 perguntas, respondido pelos participantes na tarde de 02 de setembro de 2015, na UNISC, em Santa Cruz do Sul. Participaram da pesquisa 19 idosos de ambos os sexos, com idades entre 60 e 74 anos, todos alunos da UNIAMA. Este estudo faz parte do Programa Terceira Idade na UNISC: avaliando o processo de envelhecimento, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul sob o número 46166215.8.0000.5343. As questões são

relacionadas à saúde sexual e informações sobre o tema doenças sexualmente transmissíveis. Os dados obtidos foram tabulados e analisados no *software* Microsoft Excel 2010 através de frequência simples e discutidos com literatura relacionada ao tema. O questionário foi entregue aos idosos por membros da membros da Liga de Geriatria e Gerontologia da UNISC e após a aplicação, os questionários foram recolhidos e foi apresentada uma aula aos idosos sobre o tema sexualidade, na qual os idosos foram orientados sobre métodos preventivos e foram sanadas dúvidas existentes. Durante a aplicação do questionário não foi permitida a realização de perguntas, de modo que não houvesse interferência nos dados coletados.

**Resultados.** Dos dezenove idosos abordados na pesquisa, oito responderam que tem vida sexual ativa e onze negaram. Quando questionados se sabiam o que é doença sexualmente transmissível (DST), dezesseis responderam que sim. Nenhum idoso relata ter tido alguma DST. Em questão aberta, questionaram-se quais as DST conhecidas - 100% citou AIDS, aproximadamente 80% mencionou sífilis e gonorreia. Outras doenças não foram citadas. Todos responderam que há possibilidades de evitar DST. Quando perguntados quais as maneiras, a totalidade citou preservativos femininos e masculinos, quatro assinalaram a alternativa "não fazendo sexo" e um entrevistado considerou que ter um parceiro limpo e fixo seria um método para evitar DST. Com relação ao uso de medidas preventivas, 21,05% dos idosos afirmou fazer uso. Dentre os que negaram, não utilizam, pois tem relação somente com um parceiro e não consideram necessário.

Quando questionados se já haviam utilizado métodos para evitar DST após os 50 anos, 26,31 % responderam sim. Para evitar gravidez, dez entrevistados responderam já ter feito uso de algum método e nove negaram. Quando interrogados se já deixaram de usar algum método para prevenção de DST por algum motivo, oito idosos responderam que não fizeram uso pois confiam no parceiro, seis por ter parceiro fixo, cinco afirmaram nunca ter usado algum método e apenas 3 participantes afirmaram nunca deixar de usar. Ao questionar-se sobre o conhecimento dos idosos a respeito de formas para evitar DST, 36,84% respondeu ter informações suficientes, 26,41% relatou que gostaria de saber mais, 15,79% que sabe mais ou menos e 21,05% desconhece formas de evitar DST. Quando interrogados como ficaram sabendo sobre os métodos, a maioria obteve informações através da mídia, leitura de livros e panfletos, intermédio de terceiros e por profissionais da saúde. Quanto à orientação dos profissionais da saúde sobre DST, 42% dos idosos afirmou ser orientado durante consultas,

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

37% durante encontros e palestras e 21% nunca foi orientado. Sobre formas de contágio da AIDS, dezoito pessoas responderam que transar sem camisinha é uma forma de transmissão, dezesseis acreditam que ao receber sangue de alguém com AIDS, dezessete através do compartilhamento de seringas, uma pessoa afirmou ser forma de contágio o beijo na boca e outra a picada de insetos. Quando questionados se acreditam ser possível reconhecer uma pessoa com AIDS através de alterações físicas, 37% responderam sim. Para esses, as alterações físicas mais frequentes são emagrecimento, debilidade, alterações na cor da pele e febre.

Quando questionados se pensariam estar com doença venérea caso aparecessem feridas no pênis ou vagina, 68% responderam sim. Se estivessem com corrimento no canal da urina, 37% pensaria estar com doença venérea. Se aparecessem verrugas no pênis, vagina ou ânus, 32% pensaria estar com uma doença venérea. 47% afirmam já ter realizado exame de AIDS e o mesmo percentual pretendem fazer o exame futuramente. Dos entrevistados, onze relatam fazer acompanhamento médico para cuidar da saúde sexual, sendo que desses 72% consulta com um intervalo de um ano e 28% num período maior de um ano.

**Discussão.** A fim de conhecer dúvidas e avaliar conhecimento dos alunos da UniAMA sobre o tema, aplicou-se questionário antes da aula expositiva, para decisão de quais assuntos deveriam ser abordados durante a conversa sobre DST com os idosos. Evidenciou-se que grande parcela dos idosos, 43%, mantém vida sexual ativa. Esse dado se assemelha com o desenhado pelo programa Nacional de DST/AIDS, para o qual 39,2% da população com mais de 60 anos era ativa sexualmente<sup>3</sup>. No tangente ao conhecimento acerca das DSTs, o estudo demonstra que grande parte dos entrevistados tem conhecimento sobre vasta gama de informações. Porém, ao solicitar-se que citassem doenças conhecidas, apenas três foram mencionadas, diferindo de outro estudo<sup>2</sup>, em que os idosos citaram mais DSTs. Evidenciou-se a inexistência de informação adequada sobre a variedade de DSTs existentes.

Além disso, muitos idosos consideram-se não suscetíveis ao risco de contrair DSTs, visto que pequena parcela assinalou o uso de medidas preventivas. Esse resultado veio ao encontro do estudo de Olivi<sup>2</sup>, em que os entrevistados têm conhecimento da importância do uso do preservativo, mas relatam não ter utilizado na última relação sexual. Tal conduta é justificada, geralmente, pela idealização do parceiro. Assim, torna-se imprescindível conscientizar o público idoso quanto a fragilidade e os riscos da não proteção.

Acerca da obtenção de informações, a mídia configura-se como fonte principal, corroborando o estudo de Laroque et al<sup>1</sup>. Diferente de nossa pesquisa em que 42% dos idosos afirmaram ser orientados durante consultas, no estudo já citado<sup>1</sup> nenhum idoso mencionou receber orientações ou diálogo

sobre o tema com profissionais de saúde. Isso demonstra a dificuldade dos profissionais de saúde em falar sobre a sexualidade do idoso, exigindo conscientização das equipes para considerar a vida sexual dessa população como realidade e realizar orientação sobre medidas preventivas.

Verificou-se também que a maioria dos idosos reconhece as formas de transmissão, entretanto há relatos sobre maneiras incorretas produzidas pelo imaginário popular, em que se acredita que a transmissão poderia ocorrer através do beijo na boca ou da picada de insetos. Esse desconhecimento também foi evidenciado por Laroque et al<sup>1</sup>, que obteve relatos de que a transmissão de DST se daria por falta de higiene. Outro ponto importante na pesquisa foi que a maioria dos idosos relatou corretamente alguns sinais físicos causados pela AIDS, o que evidencia conhecimento prévio a respeito da doença. Em estudo de Olivi et al<sup>2</sup>, observou-se que as mulheres demonstraram maior conhecimento, pois utilizam mais meios de comunicação e serviços de saúde.

Por fim, quando questionados se pensariam estar com doença venérea caso aparecessem lesões no pênis, vagina ou ânus ou corrimento no canal da urina, a maioria confirmou. Tal preocupação é benéfica, pois DSTs com essas formas de manifestações são frequentes. Não há estudos relatando achados físicos no idoso relacionados às doenças venéreas. Olivi et al<sup>2</sup>, relata que 52% das mulheres e 33,8% dos homens realizaram o teste para HIV. Ao buscar ajuda, abre-se espaço para fazer exames para diagnóstico do HIV, visto que muitas vezes a doença não manifesta sinais e sintomas.

**Conclusão.** Com o avanço da ciência voltada para a sexualidade do idoso, ampliou-se a oportunidade de relacionamentos e redescobertas nessa população, que busca informações sobre mudanças e dúvidas que surgem nessa fase. Com os resultados desta pesquisa, evidencia-se que a maioria dos idosos tem acesso a informações sobre sexualidade, são conscientes sobre o modo de transmissão de DST e formas de evitá-las. Entretanto, há ideias errôneas e dúvidas que podem ser esclarecidas por profissionais da saúde, que devem abordar a saúde do idoso de forma ampla, atentando às necessidades desta população e também à temas por vezes negligenciados, como a sexualidade.

## Referências.

1. Laroque Mariana Fonseca, Affeldt Ângela Beatriz, Cardoso Daniela Habekost, Souza Gabriela Lobato de, Santana Maria da Glória, Lange Celmira. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2011[citado 19 set 2015];32(4):774-780. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000400019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400019&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400019>.

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

2. Olivi Magali, Santana Rosangela Getirana, Mathias Thais Aidar de Freitas. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2008 [citado 16 set 2015];16(4):679-685. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000400005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400005>.
3. Paiva V, Venturi G, França JRI, Lopes F. Uso de preservativos: Pesquisa Nacional MS/IBOPE 2003. [relatório on-line]. [citado 20 de set 2015]. Disponível em: URL: [http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope\\_2003/briefing2.doc](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope_2003/briefing2.doc).
4. Santos Alessandra Fátima de Mattos, Assis Mônica de. VULNERABILIDADE DAS IDOSAS AO HIV/AIDS: DESPERTAR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO INTEGRAL: REVISÃO DE LITERATURA. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [periódico na Internet] 2011 [citado 22 Set 2015 ];14(1):147-158. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000100015&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100015&lng=pt).
5. Fonseca LM, Beatriz AA et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet] 2011 [citado 12 set 2015]; 32(4):774-780. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000400019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400019&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400019>. Acesso em 12-09-2015

## 2. ANÁLISE DOS PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCERES GINECOLÓGICOS NO BRASIL, NA REGIÃO SUL E NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

**Victória Teles França<sup>1</sup>, Eduardo Lange Rech<sup>1</sup>, Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa<sup>1</sup>, Luiz Inácio Roman<sup>1</sup>, Giulia Rubin Fuga<sup>1</sup>, Alex Schwengber<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [victoriatfranca@gmail.com](mailto:victoriatfranca@gmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** Os casos de câncer têm aumentado de maneira considerável em todo o mundo – devido ao número cada vez maior de diagnósticos e notificações - configurando-se, na atualidade, como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial<sup>1</sup>. Neoplasias ginecológicas acometem apenas a população feminina, tendo como localização primária órgãos como vulva, vagina, ovário, útero. Mesmo que muitas de suas localizações sejam relativamente incomuns como em vulva e vagina, o câncer do trato genital feminino é associado a altas taxas de mortalidade presentes

em sítios como colo de útero e ovário<sup>2</sup>. A neoplasia maligna de colo uterino é hoje a quarta causa de morte no mundo por câncer, mesmo sendo evitável com todas as tecnologias disponíveis para sua detecção precoce e consequente sucesso terapêutico<sup>3</sup>. Além disso, câncer de ovário possui sobrevida global inferior a 40% em cinco anos, devido a seu difícil diagnóstico precoce<sup>2,4</sup>. Dentro desse contexto, conhecer a distribuição epidemiológica dos tipos de câncer ginecológico, detectando os problemas de subnotificações existentes, pode vir a auxiliar na criação de estratégias e políticas públicas que sejam realmente efetivas para o aumento do número de diagnósticos precoces e consequentemente da chance de cura<sup>5</sup>. Portanto, esse trabalho tem como objetivo avaliar o número de casos e a prevalência, das localizações primárias dos cânceres ginecológicos, nas diferentes regiões brasileiras e na cidade de Santa Cruz do Sul.

**Metodologia.** Foi realizado um estudo transversal de caráter descritivo, sendo os dados coletados através do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Foram analisados dados referentes ao número de casos de neoplasias ginecológicas de cada estado e da cidade de Santa Cruz do Sul, referentes ao período de 2010 até 2014, de acordo com a localização primária abrangendo câncer de vulva (C51), de vagina (C52), de colo útero (C53), de corpo do útero (C54), de útero (C55), de ovário (C56) e câncer de outros órgãos genitais femininos e os não especificados (C57). Foram excluídas informações referentes às neoplasias dos estados Amazonas e Roraima por não serem disponibilizados pelo RHC. Para o cálculo das prevalências foram utilizadas também informações disponibilizadas pelo IBGE referentes às populações totais de cada estado e de Santa Cruz do Sul de acordo com o CENSO 2010. Os dados foram computados e analisados no *software Microsoft Office Excel 2010*.

**Resultados.** O número total de casos de neoplasias ginecológicas no Brasil é de 66052. A região Sul apresentou um total de 15.677 casos, com prevalência de 11,23 casos a cada 10.000 habitantes do sexo feminino. As demais regiões tiveram prevalência de 6,49 na região Sudeste, 3,28 na região Centro-Oeste, 5,31 na região Nordeste e 4,77 na região Norte a cada 10.000 habitantes do sexo feminino. Em relação à localização primária dessas neoplasias, o Brasil teve 43.026 casos de câncer de colo de útero, 10.771 de corpo de útero, 8.561 de ovário 1.957 de vulva, 855 de útero, 763 de vagina e 119 casos em outros órgãos genitais femininos ou não especificados. A região Sul teve 10.229 casos de câncer de colo de útero, 2.541 casos de corpo de útero, 1.950 de ovário, 503 de vulva, 164 de vagina, 254 de útero, 256 de outros órgãos genitais femininos ou não especificados. A cidade de Santa Cruz do Sul apresentou, no período analisado, um total de 172 casos de câncer ginecológico, com prevalência de 13,64 casos a cada 10.000 hab-

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

itantes do sexo feminino. Desses, 97 são referentes ao colo do útero, 40 ao corpo do útero, 27 ao ovário, 7 à vulva e 1 à vagina.

**Discussão.** O número de casos de câncer ginecológico no Brasil no período analisado foi 10,7% do número de casos de neoplasias no país. A região Sul apresentou a maior prevalência de câncer ginecológico, seguida pelas regiões Sudeste e Nordeste. A região Norte teve a menor prevalência. Esses dados estão de acordo com as demais taxas de prevalência encontradas no país, sendo que as maiores situam-se nas regiões Sul e Sudeste e em menor proporção na região Norte<sup>6</sup>. Em relação à localização primária, tanto no Brasil, quanto na região Sul e na cidade de Santa Cruz do Sul houve predomínio de câncer de colo uterino, seguido pelo de corpo de útero e ovário. De acordo com referências<sup>7</sup>, neoplasia de colo uterino é o mais frequente câncer genital feminino em países subdesenvolvidos e a segunda neoplasia mais presente na população feminina brasileira, ficando atrás apenas do câncer de mama. Apesar do câncer de colo uterino ainda ter alta prevalência, a mortalidade tem diminuído nos últimos anos, devido principalmente aos programas de prevenção e rastreamento, como o exame citopatológico do colo uterino e consequente diagnóstico precoce de lesões displásicas<sup>3</sup>. A prevalência elevada de câncer ginecológico na região Sul não se justifica através da qualidade de vida, desinformação ou maior exposição a fatores de risco, mas sim com programas mais efetivos de rastreio e principalmente notificação. Provavelmente, isso está relacionado ao fato de as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste contarem com muitos problemas de cobertura e subregistro, enquanto as regiões Sudeste e Sul apresentam coberturas que se aproximam a 100% da população<sup>5</sup> – o que ocorre também na cidade de Santa Cruz do Sul.

**Conclusões.** A região Sul e a cidade de Santa Cruz do Sul apresentam altas prevalências de câncer ginecológico quando comparadas às demais regiões, provavelmente devido a notificações e rastreamento efetivos. O mesmo ocorre com câncer de colo uterino – neoplasia mais prevalente das ginecológicas – que também apresenta alta prevalência na região Sul e Santa Cruz do Sul. Assim, sugerem-se ações referentes à prevenção e à detecção, bem como a melhorias nas notificações, possibilitando o reconhecimento da real prevalência dos cânceres ginecológicos no país. Isso, provavelmente, aumentará o número de diagnósticos precoces e minimizará subnotificações, refletindo em menor morbimortalidade associada à doença.

## Referências.

1. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GA. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005;51(3):227-234.
2. Piazza MJ, Urbanetz AA, Carvalho NS. Biologia molecular das neoplasias ginecológicas: aspectos genéticos: parte II. *Feminina* 2010;38(12).
3. Salazar MAA, Souza ML, Martins HEL, Locks MTR, Monticellu M, Peixoto FG. Câncer de colo do útero: mortalidade em Santa Catarina - Brasil, 2000 a 2009. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20(3):541-546.
4. Reis FJC. Rastreamento e diagnóstico das neoplasias de ovário - papel dos marcadores tumorais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2005;27(4):222-227.
5. Mendonça GAS. Câncer na população feminina brasileira. *Rev. Saúde Pública* 1993;27(1):68-75.
6. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. *Estimativa 2010: Incidência de câncer, 2009*.
7. Hospital A.C. Camargo, Departamento de Ginecologia. *Manual de Condutas Ginecologia Oncológica, 2010*.

## 3. AVALIAÇÃO DA ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH NA SAOS GRAVE

**Mariana Almudi de Souza<sup>1</sup>, Vinicius Samuel Schreiner<sup>1</sup>, Diogo Scartazzini Tasca<sup>1</sup>, Fernanda Schuh Martins<sup>1</sup>, Luana Ferrari<sup>1</sup>, Antonio Manoel de Borba Júnior<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [Viny\\_schreiner@yahoo.com.br](mailto:Viny_schreiner@yahoo.com.br)

**Introdução.** A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma perturbação dos padrões normais da respiração durante o sono caracterizada por períodos de apneia e/ou hipopneia, consequente da obstrução completa ou parcial recorrente das vias aéreas superiores. A SAOS está associada a diversos sintomas e comorbidades, que incluem sonolência excessiva diurna, problemas cognitivos, obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, além de ser considerada fator independente de risco para doenças cardiovasculares e acidente vascular encefálico isquêmico. A prevalência da SAOS na população adulta situa-se em torno de 2 a 4%<sup>1</sup>, porém acredita-se que esteja subdiagnosticada em todo o mundo. Entre os principais fatores de risco destacam-se a obesidade, gênero masculino e envelhecimento<sup>2,3</sup>. A obesidade assume papel especial por estar presente em aproximadamente 70% dos pacientes apneicos e por ser um fator de risco reversível para SAOS. O diagnóstico de SAOS pode ser firmado a partir da realização de polissonografia noturna (PSG) e classificado pela mesma através do Índice Apneia Hipopneia (IAH). Outra útil ferramenta no cuidado do paciente com distúrbio do sono é a Escala de Sonolência de Epworth (ESE). O presente estudo analisa correspondência entre a pontuação na ESE, realizada

## RESUMOS

previamente à PSG, e o diagnóstico de SAOS grave (IAH > 30), feito após o exame.

**Metodologia.** Estudo transversal, retrospectivo, realizado através da pesquisa em prontuários dos pacientes que realizaram PSG no período de Janeiro de 2012 a Agosto de 2014 em uma clínica privada especializada em distúrbios do sono em Santa Cruz do Sul, RS. Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes classificados como tendo SAOS grave (IAH > 30) no laudo do exame e que possuíam em prontuário a ESE completamente preenchida. A variável analisada foi pontuação na ESE do paciente.

**Resultados.** Um total de 85 pacientes foi classificado como tendo SAOS grave entre Janeiro de 2012 e Agosto de 2014. Destes, 21 tinham dados incompletos na ESE e foram excluídos da análise. Dos 64 pacientes restantes, 23 (35,9%) obtiveram pontuação menor do que 10 na ESSE, 39 (61%) obtiveram pontuação entre 10 e 20 e 2 (3,1%) obtiveram pontuação maior do que 20.

**Discussão** A ESE vem sendo aplicada na prática médica desde sua criação, em 1991, por John W. Murray. Seu objetivo primário é avaliar a sonolência diurna, ou seja, a probabilidade de um indivíduo adormecer enquanto realiza atividades corriqueiras. As respostas são identificadas em 8 quesitos, sendo graduadas de 1 a 3 em ordem crescente de probabilidade de adormecer, então, variando seus resultados entre 0 e 24. Têm-se como ponto de corte de normalidade o valor de 10, um parâmetro subjetivo.<sup>4</sup> A PSG é o exame de escolha para o diagnóstico de SAOS, uma vez que toma variáveis objetivas de forma a, além de diagnosticar, classificar a síndrome em gravidade. SAOS leve abrange IAH menor que 5/hora, moderada IAH entre 6 e 29 e grave qualquer IAH/hora maior de 30. Nosso estudo parte de pacientes que realizaram PSG e foram classificados como SAOS grave, IAH > 30. Nestes pacientes a ESE foi aplicada previamente à realização da PSG. Nossos resultados revelam que não necessariamente o paciente com SAOS grave deve ter ESE maior que 10, sendo que 35,9% estiveram com ESE menor de 10. Da mesma forma, apenas 3,1% dos pacientes tem ESE maior de 20, não demonstrando relação direta entre alta pontuação na ESE e alto IAH. De maneira geral, a maioria dos pacientes incluídos no estudo obtiveram ESE com mais de 10 pontos (64,1%) e a minoria obteve ESE com menos de 10 (35,9%). Segundo Boari et al<sup>5</sup>, a correlação mais fidedigna entre ESE e IAH se dá em pacientes normais ou com SAOS grave, porém nosso estudo não permite aplicação de análise multivariada para tal.

**Conclusões.** Demonstramos que na maioria dos pacientes com SAOS grave a ESE foi maior do que 10, com impossível correlação gravidade-aumento da ESE. Observou-se má reprodutibilidade, visto que o ESE variou bastante entre os pacientes. Um aspecto que deve ser considerado é o fato dos

pacientes responderem o questionário momentos antes da PSG, podendo não prestarem atenção nas respostas, o que pode contribuir para a variação nos scores da ESE. Também, aplicação da ESE não foi realizada por autores do estudo. Ainda assim, a ESE é boa ferramenta para triagem de pacientes e pode ser usada para indicar PSG.

## Referências.

1. Drager LF, Ladeira LT, Lorenzi G, Benseñor MB et al. Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono e sua Relação com a Hipertensão Arterial Sistêmica: Evidências Atuais. *Arq. Brasileiro Cardiologia* 2002;78(5):531-536. doi:10.1590/S0066-782X200200050001
2. Daltro CHC, Fontes FHO, Jesus RS et al. Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono: associação com obesidade, gênero e idade. *Arq Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia* 2006;50(1):74-81. doi:10.1590/S0004-27302006000100011.
3. Balbani APS, Weber SAT, Montovani, JC. Atualização em síndrome da apnéia obstrutiva do sono na infância. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia* 2005;71(1):74-80. doi:10.1590/S0034-72992005000100013.
4. Murray JW. Daytime Sleepiness, Snoring and Obstructive Sleep Apnea: The Epworth Sleepiness Scale. *Chest* 1993;103(1):30-6
5. Guimarães C, Martins MV, Rodrigues LV. Escala de sonolência de Epworth na síndrome de apneia obstrutiva do sono: uma subjetividade subestimada. *Rev Port Pneumol* 2012;18(6):267-271

## 4. BACILOSCOPIA DIRETA DO ESCARRO: UM EXAME POUCO SOLICITADO E POUCO REALIZADO

**Guilherme da Silva Cezar<sup>1</sup>, Bruna Fernandes Pereira<sup>1</sup>, Débora Cristina Haack Bassani<sup>2</sup>, Gabriela Hochscheidt Mahl<sup>1</sup>, Thomás Dias Souto Gravi<sup>2</sup>, Daniela Teixeira Borges<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. guilhermecezar2@gmail.com

**Introdução.** A tuberculose (TB) é um agravo de saúde pública que apresenta grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade em âmbito mundial. Uma das estratégias para o controle deste agravo se configura no diagnóstico. A baciloscopia do escarro, desde que executada corretamente em todas as suas fases, permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar. Os objetivos do trabalho são investigar a prevalência de solicitação de baciloscopia direta do escarro pela atenção primária em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul (RS) e analisar as discrepâncias entre solicitação e realização do exame. O estudo se justifica por analisar o pan-

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

ograma da solicitação de baciloscopia, o que é importante do ponto de vista epidemiológico, já que os casos bacilíferos são os responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão.

**Metodologia.** Estudo observacional descritivo transversal, em que foram analisados os pedidos de baciloscopia direta do escarro para pesquisa de TB em 10 Estratégias de Saúde da Família (ESFs) de Santa Cruz do Sul, RS, no ano de 2014, com posterior comparação da realização destes em registros do boletim de controle do exame da Secretaria de Vigilância em Saúde do município. As informações referentes aos pacientes foram tabuladas no programa SPSS® 22.0.

**Resultados.** A população geral das ESFs pesquisadas totalizou 28.389 pessoas. Dos 110 (0,38%) pacientes para os quais foi solicitada a baciloscopia direta do escarro, 52 (40,9%) não realizaram o exame por algum motivo não especificado. A média de idade dos pacientes concentrou-se em 45,36 anos (DP 15,048), variando de 10 a 87 anos. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (58,3%). Dos indivíduos que não realizaram o exame solicitado, houve predominância do sexo masculino em relação ao feminino, com 47,2% e 36,5% respectivamente.

**Discussão.** No Brasil, observa-se que a distribuição de mais de 95% dos casos de TB ocorre na população maior de 15 anos e menos de 5% na faixa etária abaixo dos 15 anos. Esse dado corrobora a faixa etária do estudo, em que a maior população alvo da solicitação da baciloscopia direta do escarro foi a adulta, justificada também pela introdução da vacina BCG ao nascer no calendário vacinal a partir da década de 80. Segundo dados de estudo argentino, para um diagnóstico bacteriológico da TB pulmonar, o primeiro exame solicitado é a baciloscopia direta de escarro, que tem um valor preditivo positivo elevado (> 95%), mas baixa sensibilidade (40-60%). Da mesma forma, uma das metas da Organização Mundial da Saúde para controle da TB é o diagnóstico de pelo menos 90% dos casos esperados por meio de exames bacteriológicos de qualidade, o que foi falho no local pesquisado conforme já demonstrado nos resultados, destacando-se que quase metade dos pacientes não realizaram o exame mesmo havendo a indicação. No entanto, quando não há o diagnóstico e tratamento adequado a doença ainda possui altas taxas de mortalidade. Indicadores epidemiológicos do RS de 2012-2013 demonstram que a mortalidade por causa básica + associada da TB no estado concentra-se em 5,6 por 100 mil habitantes. Dessa forma, poder-se-ia pesquisar o motivo de falha e buscar alternativas para modificar esse quadro. Para isso, seria importante localizar os pacientes faltosos e investigar o motivo da não realização do exame, já que o não diagnóstico resulta em não tratamento, o que contribui para a disseminação da doença.

**Conclusão.** A realização da baciloscopia do escarro é um exame importante no diagnóstico de tuberculose pulmonar. Infelizmente no estudo verificou-se que muitos pacientes

não realizam o exame mesmo que o mesmo tenha sido solicitado nas ESFs. Com isso, surge a necessidade de buscarmos soluções, como a busca ativa dos pacientes faltosos, para aumentar a adesão à realização do exame, a fim de ampliar o diagnóstico e tratamento, reduzindo a transmissão e a mortalidade da tuberculose.

## Referências.

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/mat\\_tec/manuais/MS11\\_Manual\\_Recom.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf)
2. Soares VM, Carvalho WS y M, SS. Utilization of bacteriological culture for increased diagnostic performance at a tuberculosis reference center hospital. *Rev. argent. Microbiol* 2012;44(3):173-176.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Tuberculose na atenção primária à saúde / organização de Sandra Rejane Soares Ferreira, Rosane Glasenapp / e/ Rui Flores; ilustrações de Maria Lucia Lenz. - 1. ed. ampl. - Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/tuberculosenaatencao.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/24/panorama-tuberculose-brasil-out14-web.pdf>

## 5. CORRELAÇÃO DA TERAPIA IMUNOSSUPRESSORA EM PACIENTES COM TUBERCULOSE LATENTE

Ana Luísa Machado Freitas<sup>1</sup>, Betânia Tomilin<sup>1</sup>, Luís Gustavo Führ<sup>1</sup>, Maria Luiza Krummenauer<sup>1</sup>, Ramona Fernandes<sup>1</sup>, Marcelo Tadday Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [analulufreitas@hotmail.com](mailto:analulufreitas@hotmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** Estima-se que 50 milhões de brasileiros estejam infectados com o bacilo da tuberculose (TB). Destes, 5% tendem a desenvolver a doença nos dois primeiros anos de infecção. Os demais tendem a conter a doença através de resposta imune celular efetiva (TB latente). Muitos fatores podem prejudicar essa resposta, entre eles o uso de imunossupressores, e propiciar ativação da doença. Essa terapêutica tem revolucionado o tratamento de doenças inflamatórias

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

crônicas, porém tem elevado o risco de desenvolvimento de doenças infecciosas, como a TB. Devido à alta prevalência de TB no município de Santa Cruz do Sul-RS fez-se necessário estudar o perfil epidemiológico de pacientes candidatos ao uso de terapia imunossupressora diagnosticados como portadores de TB latente, nos anos de 2012 a 2014.

**Metodologia.** Estudo descritivo, transversal, retrospectivo. Foram revisados os prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Tuberculose do Hospital Santa Cruz, do município de Santa Cruz do Sul, nos anos de 2012 a 2014. As variáveis analisadas foram sexo, idade, motivo de realização do teste tuberculínico, comorbidades e sintomatologia. Os dados foram tabulados no programa Excel.

**Resultados.** Foram diagnosticados 120 casos de TB latente no ambulatório de tuberculose nos anos de 2012 a 2014. Destes, 29 pacientes (24,1%) realizaram teste tuberculínico a fim de iniciar terapia imunossupressora. A doença mais prevalente entre eles foi artrite reumatoide (65,51%), seguida de lúpus eritematoso sistêmico, espondilite anquilosante, doença de Crohn e polimiosite (todas com 3,44% cada). Desses casos, 26 (89,6%) eram do sexo feminino e 3 (10,3%) do sexo masculino. A média de idade foi de  $48,37 \pm 14,62$  anos. A maioria dos pacientes era assintomático (86,20%). A sintomatologia mais frequente foi tosse/expectoração por mais de três semanas com 13,79% dos casos, seguida de dispneia (3,44%) e sudorese noturna (3,44%). Foi excluída tuberculose em atividade em todos os casos. Tabagismo estava presente em 6,89% dos casos. A média na aferição da reação ao teste tuberculínico foi de  $16,12 \pm 6,88$ mm.

**Discussão:** Tuberculose latente em pacientes que fazem uso de terapia imunossupressora deve despertar atenção especial ao passo que o Ministério da Saúde estima que 50 milhões de brasileiros estejam infectados pelo bacilo de Koch, podendo desenvolver a doença de diversas formas. A faixa etária de maior incidência da associação, TB latente/medicação imunossupressora, encontrada no estudo vem ao encontro dos dados da literatura, (45-65 anos). Com a análise dos dados coletados foi possível perceber o comprometimento da qualidade de vida desses pacientes devido à associação de sintomas por eles apresentados. Por esse motivo, é de suma importância o reconhecimento dos pacientes de risco (doença inflamatória crônica e TB latente) para que possam ser encaminhados para avaliação e tratamento com isoniazida, quando necessário.

**Conclusões:** O desenvolvimento de tuberculose pós-primária é uma das condições que podem ser desencadeadas pelo uso de imunossupressores. Percebe-se, por meio deste estudo, um número significativo de pacientes com TB latente a iniciar terapia imunossupressora, os quais estariam suscetíveis a esta condição. Dessa forma, deve-se reforçar a necessidade

de testes para detectar TB latente nos paciente que vão iniciar tratamento com medicamentos imunossupressores.

## Referências:

1. Lima EVA, Duarte A, Benard G, Gomes Y, Lima MA, Marques C, Lorena V. Investigação de infecção tuberculosa latente em pacientes com psoríase candidatos ao uso de drogas imunobiológicas. *Na Bras Dermatol* 2011;86(4):716-24.
2. Lopes DMA, Pinheiro VGF, Monteiro HSA, Queiroz JAN, Madeira LS, Lopes MMA. Diagnóstico de tuberculose latente em pacientes com doenças inflamatórias crônicas e uso de imunobiológicos inibidores do TNF- $\alpha$ . *J Bras Pneumol* 2011;37(3):308-316.
3. Mangini C, Melo FAF. Artrite Reumatóide, Terapia Imunossupressora e Tuberculose. *Ver Bras Reumatol* 2003;43(6):11-15.

## 6. INFECÇÃO EM ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE EM CLÍNICA DE DIÁLISE DO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Cássia Pinheiro Kapper<sup>1</sup>, Ticiane Zago<sup>1</sup>, Alice Hoerbe<sup>1</sup>, Artur Sabbi Porciúncula<sup>1</sup>, Manoela Vaucher<sup>1</sup> e Homero Agra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [cassia\\_kapper@yahoo.com.br](mailto:cassia_kapper@yahoo.com.br)

**Justificativa e Objetivos.** O número de pacientes em diálise vem aumentando no Brasil. Isso se deve em grande parte ao aumento da expectativa de vida em nosso país devido a melhora da qualidade de vida, maior conhecimento das doenças crônicas degenerativas e otimização das alternativas terapêuticas. Sendo assim, cada vez mais pacientes acabam sendo conduzidos ao último nível da insuficiência renal crônica (IRC), na qual será necessário algum método de terapia renal substitutiva (TRS)

Os métodos de TRS são a diálise e o transplante renal. Existem duas técnicas dialíticas, a diálise peritoneal e a hemodiálise (HD). A forma mais difundida em nosso meio é a HD, para qual a realização é necessário obtenção de um acesso vascular.

Dentre os acessos vasculares temos: a fístula arteriovenosa (FAV); as anastomoses arteriovenosas que utilizam enxertos tais como a veia safena autóloga, enxertos heterólogos ou material sintético (politetrafluoretileno – PTFE) e por fim, o cateter venoso central. Os dois primeiros são considerados acessos definitivos e o último, temporário. A escolha do acesso vai depender das necessidades de cada paciente. Atualmente a FAV é o acesso vascular preferencial, por estar associado a

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

menos complicações, maior meia-vida e menor risco de mortalidade em comparação com um enxerto arteriovenoso ou cateter venoso central.

Os acessos vasculares estão associados a inúmeras complicações, relacionadas ao seu implante, à sua manipulação e à sua manutenção. Dentre as complicações, destacamos a infecção, responsável pela perda do acesso venoso e na necessidade de tratamento da infecção com antibioticoterapia sistêmica. Tendo em vista a infecção de cateter, e as condições clínicas que esta implica, objetivamos avaliar a prevalência de infecção em acessos venosos para hemodiálise em clínica de diálise do interior do Rio Grande do Sul, e quais são as estratégias utilizadas por este serviço para o controle desta complicação.

**Metodologia.** Foi realizado um estudo transversal através da pesquisa em prontuários eletrônicos e banco de dados dos pacientes ativos em HD crônica em um serviço especializado. Fizeram parte do estudo todos os pacientes em hemodiálise ativos no momento da coleta. Foram excluídos da pesquisa apenas aqueles que apresentavam prontuários incompletos ou em regime de hemodiálise intra-hospitalar. Os seguintes dados foram analisados: sexo, idade, tempo em HD, tempo com o último acesso e se houve ou não o desenvolvimento de infecção.

**Resultados.** Fizeram parte do estudo 113 pacientes. Do total, 61,06% eram do sexo masculino e 38,93% do sexo feminino. A faixa etária variou de 15 a 89 anos, sendo em média 59,18 anos. O tempo médio em HD foi de 55,86 meses. Já o tempo de utilização do último acesso para cada paciente foi em média de 34,63 meses. Do total, 74,33% não apresentaram nenhuma complicação relacionada ao acesso, e 7,86% infecção.

**Discussão.** O cuidado dispensado aos pacientes em uso de HD crônica envolve profissionais de diversas áreas da saúde, principalmente da enfermagem, visto que as complicações de cateter estão relacionadas não só com o seu implante, mas também com a sua manipulação e manutenção. A infecção em cateteres constitui uma complicação de grande morbimortalidade, acarretando na maioria das vezes em perda do acesso venoso e no tratamento agressivo com antibioticoterapia sistêmica, o que é um evento indesejável para um paciente em tratamento crônico com doença de base. Os resultados apontam um tempo médio de diálise alto entre os pacientes do serviço, o que torna necessária a atenção aos cuidados em relação aos acessos para diálise, no intuito de reduzir as complicações. A literatura revisada aponta taxas em torno de 20% de infecção em cateter de pacientes em HD crônica, sendo causa frequente de reinternações, e compondo a segunda causa de morte nestes pacientes. Levando em consideração estes aspectos, nota-se que o serviço apresenta uma taxa muito baixa de infecção em cateter, o que maximiza a adesão, qualidade de vida e a eficácia do tratamento.

Para tornar possível essa taxa baixa de infecção, vários cui-

dados pelos profissionais de saúde aos pacientes do serviço são realizados, dentre eles o cuidado estéril desde a colocação do cateter até cada manuseio. Além disso, os cuidados necessários não são realizados somente durante os procedimentos de diálise, mas são, sobretudo, realizados em domicílio pelos próprios pacientes constantemente. É imprescindível que seja realizada a lavagem das mãos e uso de luvas estéreis ao manusear os cateteres, seja no início ou no final do procedimento de diálise. Realiza-se limpeza do cateter com clorexidina antes de iniciar o procedimento, realizando troca de campo estéril após. O curativo oclusivo com gaze seca é outro fator importante, o qual é realizado após adequada limpeza posteriormente a cada procedimento dialítico. Da mesma maneira, em paciente com FAV, sempre é orientada a realização de limpeza local com clorexidina, sendo sempre inicialmente orientada por profissional da enfermagem para que o paciente tenha futuramente a habilidade de realizar a higienização por conta-própria.

Um ponto determinante no baixo índice de infecção além de seguir os protocolos devidos de assepsia, seria o baixo índice de rotatividade dos profissionais de enfermagem, pois é requerido treinamento e conhecimento extenso para que o manuseio seja realizado de maneira correta. A qualificação de cada profissional envolvido é fundamental até mesmo para a orientação adequada do próprio paciente.

**Conclusões.** Levando em consideração o estudo realizado, infere-se que a taxa de infecção do serviço avaliado é bem inferior à taxa referida pela literatura. Tal fato provavelmente está relacionado aos cuidados intensivos dos profissionais de saúde em relação ao manejo do paciente desde a colocação do cateter ou FAV até manuseio, visando manter técnicas assépticas baseadas em protocolos bem fundamentados.

## Referências.

1. Sesso RC et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 – Análise das tendências entre 2011 e 2013. *J Bras Nefrol* 2014; 36(4):476-481.
2. Franco MR, Fernandes NM. Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI – revisão narrativa. *J Bras Nefrol* 2013; 35(2):132-141.
3. Himmelfarb J, Ikizler A. Hemodialysis. *N Engl J Med* 2010; 363(19):1833-45.
4. Al-Jaishi AA et al. Patency rates of the arteriovenous fistula for hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Kidney Dis* 2014; 63(3):464-78.
5. Neves MA et al. Infecções em cateteres venosos centrais de longa permanência: revisão de literatura. *J Vasc Bras* 2010; 9(1):46-50.



## RESUMOS

### 7. INTERNAÇÕES POR DOENÇAS RELACIONADAS AO CAPÍTULO DE DOENÇAS INFECCIOSAS – CID-10 EM SANTA CRUZ DO SUL, RS NO PERÍODO ENTRE 2010 E 2012

Nicole Reis<sup>1</sup>, Bruno Kras Friedrisch<sup>1</sup>, Leonardo Silveira Nascimento<sup>1</sup>, Priscila Ferreira Cortez<sup>1</sup>, Victório Zanella Netto<sup>1</sup>, Luciano Nunes Duro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [nii\\_reis@yahoo.com.br](mailto:nii_reis@yahoo.com.br)

**Introdução.** As taxas de internações hospitalares podem auxiliar na avaliação da qualidade da atenção básica de cada município ou região, assim como tem grande influência no absenteísmo, tendo participação considerável na redução da atividade econômica. As doenças infecciosas são causas frequentes de internação, com impacto importante na saúde e qualidade de vida da população, contando com 8,2% das internações registradas pelo DATASUS no último ano. A Classificação Internacional de Doenças, em sua décima versão (CID-10), relaciona as doenças infecciosas e parasitárias no capítulo I. Diante disso, conhecer o perfil das pessoas que internam por estas condições é de extrema importância tanto para planejamento de ações em saúde como para o controle de infecção hospitalar, objetivando a prevenção destas doenças e a redução dos custos com internações.

**Metodologia.** O estudo foi conduzido através da análise dos bancos de dados dos dois hospitais da cidade de Santa Cruz do Sul, RS, no período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2012, num delineamento do tipo transversal. Foram obtidos dados gerais sobre o hospital da internação, sexo da pessoa internada, idade, estado civil, convênio utilizado, CID-10, dias de permanência e estação do ano referente.

**Resultados.** Das 1067 internações pelo capítulo I, o sexo masculino foi o mais prevalente, (50,33%), com idade média de 28 anos (DP:28), estado civil solteiro (74,77%), convênio SUS (56,23%) e a média de dias de permanência de internação foi de cinco dias (DP:8,16). Na análise bruta, a prevalência de internação pelo capítulo I, em relação a todas outras internações, foi significativamente maior no sexo masculino (4,6% x 2,70%,  $p < 0,0001$ ). Da mesma forma, convênio SUS (4,34%,  $p < 0,0001$ ), estado civil solteiro (4,89%,  $p < 0,0001$ ), estação do verão (4,89%,  $p = 0,001$ ), média de idade de 28 anos e de 5 dias de internação (28 x 40 anos e 5 x 4 dias, respectivamente, com  $p < 0,0001$  para ambos) foram predominantes nas internações pelas doenças relacionadas no primeiro capítulo do CID-10. Após a regressão logística, ajustando para todas as variáveis, não permaneceu estatisticamente significativo o estado civil ( $p = 0,280$ ).

**Discussão.** A estação do ano prevalente (verão) vem de en-

contro com a sazonalidade conhecida das doenças infecciosas, principalmente pelas diarreicas (não mostradas nos resultados). Verificou-se uma média de idade mais jovem e um dia a mais, em média, de internação em relação às outras internações – não pelo capítulo I. Pode-se notar que não permaneceu estatisticamente significativo o estado civil, talvez devido à baixa média de idade. Ainda, a discussão de tais parâmetros torna-se limitada, dada a dificuldade em se encontrar trabalhos que abordem a temática para correlacionar com o perfil das internações locais. Assim, para melhor analisar e explicar tais resultados são necessários mais estudos.

**Conclusões.** É importante saber as diferenças e características dos grupos acometidos por doenças infectocontagiosas, a fim de estabelecer mecanismos de ação e de prevenção. Políticas que visem à redução da transmissibilidade destas patologias, bem como métodos de imunização mais eficazes e de diagnósticos precoces de maior acurácia são necessários para minimizar o cenário de ocorrência deste grupo de doenças em nosso meio e, conseqüentemente, reduzir as despesas com as internações hospitalares decorrentes de tais. No entanto, para uma melhor investigação, é necessário um estudo que discrimine as diferentes doenças que compõem o grupo analisado além de outros trabalhos similares.

### 8. MORTALIDADE BRUTA POR CÂNCER DE PULMÃO NOS MUNICÍPIOS DA 13ª COORDENADORIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Viliam Gustavo Weber<sup>1</sup>, Luiz Inácio Roman<sup>1</sup>, Mônica Basso Zanotto, Victória Teles França, Giulia Rubin Fraga, Marcelo Luis Dotto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [viliam.weber@hotmail.com](mailto:viliam.weber@hotmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** O câncer de pulmão é, atualmente, o tumor maligno com a maior taxa de mortalidade mundial no homem e o segundo na mulher, só perdendo para o câncer de mama<sup>1</sup>. Essa alta mortalidade está atrelada a uma apresentação clínica inespecífica que resulta em diagnósticos frequentemente tardios. Em relação ao sexo, apesar de mais frequente entre indivíduos do sexo masculino, a incidência do câncer pulmonar no homem se estabilizou ou diminuiu, enquanto nas mulheres vem aumentando drasticamente nas últimas décadas<sup>2</sup>. A neoplasia pulmonar é multicausal, havendo diversos componentes hereditários, genéticos e ambientais que interagem para sua gênese<sup>3</sup>. Porém, o principal fator de risco é o tabagismo, sendo esse responsável por aproximadamente 85% a 90% de todos os casos de câncer de pulmão<sup>4</sup>. Portanto,

## RESUMOS

o presente trabalho pretende mostrar a taxa bruta de mortalidade por câncer de pulmão numa região fortemente subsidiada pela produção e exportação do tabaco, comparando os dados aqui encontrados com os da realidade do Brasil.

**Metodologia.** O presente estudo caracteriza-se como um trabalho transversal, observacional retrospectivo, no qual foram analisados os óbitos brutos (ajustados por 100.000 habitantes) por neoplasia maligna de pulmão na 13ª Coordenadoria de Saúde, discriminando-as em taxa global (G), sexo (masculino (M) e feminino (F)) e cidade. A coleta dos dados foi realizada através do banco de dados do Instituto Nacional do câncer e é referente ao período de 2003 a 2013. Foram utilizadas também informações disponibilizadas pelo IBGE referentes às populações totais das cidades analisadas de acordo com o CENSO 2010. Os dados foram computados e analisados no software Microsoft Office Excel 2010.

**Resultados.** Através da busca ativa dos dados observa-se que as cidades de Passo do Sobrado (G: 95,42, M: 68,08, F: 27,34), e Vale Verde (G: 93,34, M: 76,4, F: 16,94) apresentam a maior taxa bruta de óbitos global e por sexo, ficando à frente de cidades maiores como Santa Cruz do Sul (G: 68,55, M: 47,85, F: 20,7), Rio Pardo (G: 54,64, M: 401,3, F: 14,51) e Venâncio Aires (G: 65,01, M: 48,13, F: 16,88). Todas as cidades permanecem como uma taxa bruta de mortalidade extremamente alta quando se compara aos dados do Brasil (G: 21,74, M: 13,98, F: 7,76), a cidade com dados que mais se assemelha ao encontrados ao do país é Gramado Xavier (G: 32,33, M: 22,72, F: 9,61).

**Discussão.** De acordo com dados do DATASUS, o consumo de cigarros diminuiu cerca de 20% nos últimos seis anos no Brasil e a sua maior redução ocorreu entre homens e adolescentes. Todavia, mesmo com a redução de sua prevalência, ainda há um número expressivo da doença no país e no estado do Rio Grande do Sul e sua mortalidade mantém-se elevada, como é possível visualizar nas cidades analisadas. No Brasil, as taxas de incidência bruta e ajustada para câncer de pulmão estão aumentando especialmente entre as mulheres, devido, principalmente, a aceleração no consumo do tabaco e a difusão do tabagismo na população feminina, entretanto no presente estudo foi possível verificar uma ocorrência de mortalidade ainda muito mais prevalente no sexo masculino. Isso provavelmente está relacionado à maior presença dos homens nas lavouras de plantio e colheita de fumo, os quais ficam mais expostos ao principal fator de risco para o desenvolvimento da neoplasia. Soma-se a isso a pouquíssima adesão ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) como máscara, gorros e camisetas de mangas longas na aplicação de insumos nas lavouras, na colheita e no preparo do fumo, devido às condições climáticas da região, onde as altas temperaturas predominam na maior parte do manejo da safra do tabaco. No estudo é possível observar também que os municípios com

populações menores, como Passo do Sobrado (6.011 habitantes) e Vale Verde (3.253 habitantes) apresentaram a taxa bruta global de mortalidade por neoplasia maligna pulmonar mais elevada (95,42 x 93,34, respectivamente). Esses dados podem estar correlacionados com a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde e as informações quanto à doença, dificultando um possível diagnóstico precoce. Além disso, há maior proporção de habitantes residentes na zona rural, em contato com o cultivo do tabaco, nos municípios pequenos do que nas cidades maiores, onde a maioria da população não possui contato direto com a cultura, contribuindo para a elevação dos índices encontrados.

**Conclusões.** A taxa bruta de mortalidade na região analisada é muito mais significativa do que a encontrada no Brasil. Isso, provavelmente, está relacionado ao uso ativo do tabaco ou a exposição da população local a esse. Assim, apesar da cultura tabagista estar fortemente ligada à população em estudo, é grande a necessidade de se amplificar e melhorar medidas antitabagismo. Ademais, é necessário alertar a população sobre todos os cuidados necessários para pessoas expostas ao tabaco em fumageiras ou lavouras de fumo. Com essas medidas possivelmente será possível diminuir os efeitos do tabagismo e, conseqüentemente, os casos de câncer de pulmão.

## Referências.

1. Novaes FT, Cataneo DC, Junior RLR, Defaveri J, Michelin OC, Cataneo AJM. Lung cancer: histology, staging, treatment and survival. J. bras. pneumol 2008;34(8):595-600.
2. Zamboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. J. Pneumologia 2002;28(1):41-47.
3. Algranti E, Buschinelli JTP, Capitani EM. Occupational lung cancer. J Bras Pneumol 2010;36(6):784-794.
4. Ismael GRV, Coradazzi AL, Neto FAM, Abdalla KC, Milhomem PM, Oliveira JS, Manzoni C, Beato CAM, Segalla JGM. Aspectos clínicos e histopatológicos em câncer de pulmão: análise dos dados de uma instituição no interior paulista entre 1997 e 2008. Revista Brasileira de Oncologia Clínica 2010;7(22).
5. Guerra MR, Gallo CVM, Azevedo G, Mendonça S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia 2005;51(3):227-234.

## 9. PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM COINFEÇÃO DE TUBERCULOSE E VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL NOS ANOS DE 2009 A 2014

Artur Sabbi Porciúncula<sup>1</sup>, Jéssica Chaves<sup>1</sup>, Alessandra

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

**Caren Frey<sup>1</sup>, Simoni Lopes Peixoto<sup>1</sup>, Karine Pilletti<sup>1</sup>, Dennis Baroni Cruz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [artur.porciuncula@hotmail.com](mailto:artur.porciuncula@hotmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** A infecção sinérgica entre a tuberculose (TB) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) é responsável pelo aumento da morbimortalidade nos pacientes com AIDS. Sendo a infecção pelo HIV um fator de risco para o desenvolvimento de TB, a imunossupressão causada pelo vírus aumenta a incidência, prevalência e mortalidade por TB. A cidade de Rio Grande – RS, polo portuário industrial do sul do Brasil, pertence à área regional de alta prevalência de TB. Sabe-se que Santa Cruz do Sul (SCS) – RS apresenta uma alta prevalência de pessoas convivendo tanto com a TB quanto com o HIV, assim consideramos importante que seja descrito o perfil epidemiológico dos pacientes com a coinfeção de TB e HIV no município de SCS – RS.

**Metodologia.** Foi realizada uma investigação epidemiológica, de natureza descritiva e retrospectiva. Foram revisados os prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de TB do Hospital Santa Cruz, do município de SCS – RS. A população do estudo incluiu a totalidade dos casos, notificados no período de 2009 a 2013. Os dados foram tabulados no programa SPSS.

**Resultados.** Foram avaliados prontuários de 306 pacientes com TB. Do total, 43 (14,05%) apresentavam o diagnóstico de HIV e a média de idade foi de 39 anos. Destes, 28 (65,2%) eram do sexo masculino e 6 (13,9%) eram presidiários. Em relação aos sintomas, 25 pacientes (58,13%) apresentaram tosse, 26 (60,46%) febre vespertina, 24 (55,81%) astenia, 31 (72,09%) perda de peso, 22 (51,16%) dor torácica, 3 (7%) hemoptise, 25 (58,13%) sudorese noturna e 17 (39,53%) dispneia. Em relação à forma da doença, 30 (69,76%) apresentavam a forma pulmonar, 13 (30,23%) a forma extrapulmonar, sendo a mais prevalente a gangrena periférica em 4 (9%) dos pacientes. Destes, 39 (92,85%) eram casos novos. No decorrer do tratamento, 2 (4%) abandonaram o mesmo. O teste tuberculínico foi realizado por 26 (60,46%) e em 17 (39,53%) foi reator. Em relação ao uso de drogas ilícitas, 7 (16,27%) faziam uso.

**Discussão.** A faixa etária mais acometida é de adultos jovens e do sexo masculino, estando de acordo com a literatura. Neste estudo, foi realizado o teste tuberculínico na maioria dos pacientes, porém a falta do teste em alguns representa falha do registro no prontuário ou na investigação, que precisa ser corrigida. Sabe-se que os pacientes com HIV submetidos ao tratamento da TB quando associado ao tratamento antirretroviral têm maior chance de abandono do tratamento devido aos efeitos adversos e as interações medicamentosas. Esse estudo observou uma pequena taxa de abandono quando comparada com a meta nacional que é até 5%.

**Conclusões.** De acordo com os dados demonstrados pelo estudo, observa-se que SCS apresenta uma alta prevalência tanto de infecção por TB, quanto de pessoas infectadas pelo HIV. Nessa perspectiva, a busca por programas de saúde e políticas públicas direcionadas a este problema é de extrema importância, para que medidas mais eficazes sejam tomadas no âmbito da prevenção de novos casos, tanto de TB como de HIV. Não obstante, o conhecimento do perfil epidemiológico da região se faz necessário para que medidas de saúde possam se concretizar.

## Referências.

1. Oliveira GP et al. Tuberculosis in Brazil: last ten years analysis – 2001–2010. *Braz J Infect Dis* 2013;17(2):218–233.
2. Lee SS et al. Management of tuberculosis and latent tuberculosis infection in human immunodeficiency virus-infected persons. *Respirology* 2013; 18(6):912–922.
3. Zumla, A. Tuberculosis. *N Engl J Med* 2013;368:745–755.
4. Alcântara CCS et al. Factors associated with pulmonary tuberculosis among patients seeking medical attention at referral clinics for tuberculosis. *J Bras Pneumol* 2012;38(5):622–629.

## 10. PERFIL DAS QUEIXAS PRINCIPAIS DOS PACIENTES QUE PROCURAM O AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA UNISC

**Gustavo Faccin Herbstrith<sup>1</sup>, Renan Fagundes de Oliveira<sup>1</sup>, Fernanda Brands<sup>1</sup>, Fernando Augusto Marion Spengler<sup>1</sup>, Iuri Pereira dos Santos<sup>1</sup>, Antonio Borba<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [guga-fh@hotmail.com](mailto:guga-fh@hotmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** Enquanto a frequência de cada tipo de doença neurológica seja pequena, o total delas contribui para uma grande porcentagem dos problemas de saúde da população. O conhecimento das queixas características de cada uma das doenças auxilia no diagnóstico destas. O estudo do perfil dos pacientes que consultam no Ambulatório de Neurologia da unidade acadêmica da UNISC e de suas queixas é importante para nortear os protocolos de atendimento e acolhimento dos pacientes e a implementação de políticas de prevenção e esclarecimento da população sobre as doenças, que a Liga da Neurologia busca fazer para auxiliar na melhora da saúde pública. Por conseguinte, o objetivo deste trabalho é identificar o perfil de pacientes atendidos pelo Ambulatório de Neurologia da unidade acadêmica da UNISC.

**Metodologia.** Foi realizado um levantamento de dados para caracterização dos pacientes acompanhados pelo ambulatório, no período de março à setembro de 2015. Divididos em número de atendimentos, distribuição das principais

## RESUMOS

doenças e dados demográficos.

**Resultados.** O ambulatório de Neurologia da Unidade Acadêmica da UNISC atendeu nesse período 64 pacientes. Dentre estes, a média de idade foi 54 anos, sendo 67,18% (43) dos pacientes do sexo feminino e 32,8% (21) do sexo masculino. 35,93% (23) dos pacientes apresentavam queixas motoras; 17,18% (11) alterações cognitivas; 17,18% (11) cefaleia; 12,5% (8) crises convulsivas; 4,68% (3) alterações comportamentais; 3,12% (2) distúrbios do movimento; 3,12% (2) alterações sensitivas; 3,12% (2) acompanhamento pós-evento neurológico; 3,12% (2) distúrbios de coordenação; 1,56% (1) insônia; 1,56% (1) alterações de comportamento; e 1,56% (1) vertigem.

**Discussão:** A principal queixa neurológica relatada nos atendimentos ambulatoriais de estudos publicados é a cefaleia, seguida das tonturas e alterações de equilíbrio. Foi identificado no Ambulatório de Neurologia da Unidade Acadêmica da UNISC que a grande maioria dos pacientes apresentou queixas motoras, observando-se menos casos de cefaleia que a média de outros ambulatórios de neurologia, o que pode ser explicado pelo fato do ambulatório ser de referência para síndromes neurológicas motoras, ficando reservado o tratamento da cefaleia para o atendimento básico em saúde, seguido de alterações cognitivas. A média de idade dos pacientes atendidos está de acordo com as principais queixas documentadas, visto que doenças neurológicas que cursam com queixas motoras e alterações cognitivas, principalmente, aparecem a partir dos 40 anos de idade contribuindo para a elevação da média. A maior taxa de pacientes do sexo feminino do que do sexo masculino também está de acordo com os dados nacionais.

**Conclusões.** O perfil clínico dos pacientes atendidos no ambulatório está de acordo com o perfil geral da população atendida nos serviços de neurologia, com a exceção da queixa principal, que no nosso estudo foi encontrada como sendo a queixa motora. A partir desses dados, a formulação de políticas públicas de prevenção e esclarecimento da população pode ser feita focada nas principais doenças que afetam a população da região que é atendida no referido ambulatório assim como a implementação de protocolos de atendimento dos pacientes, contribuindo para a melhoria dos serviços de atendimento de saúde pública.

## Referências.

1. Kondo K. Neuroepidemiology around the world. Karger AG, Basel 1991;10:309-311.
2. Pradilla AG, Pardo CA, Zuñiga A, Daza, J. Colombian neuroepidemiological studies using the WHO protocol. Rev. Neurol. Argentina 1994;19(1): 9-14.

## 11. PERFIL DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO AMBULATÓRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL NO ANO DE 2015

Gustavo Biondo<sup>1</sup>, Crisley Piva<sup>1</sup>, Jaqueline K. dos Santos<sup>1</sup>, Juliana C. Zanotto<sup>1</sup>, Luís Kanitz<sup>1</sup>, Daniela T. Borges<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [gustavobiondo2012@gmail.com](mailto:gustavobiondo2012@gmail.com)

**Introdução.** O consumo indiscriminado de substâncias psicotrópicas é uma realidade na sociedade atual e constitui-se motivo de preocupação para o setor saúde. Os psicofármacos são substâncias químicas que atuam sobre a função psicológica interferindo, dessa forma, primariamente, em funções do sistema nervoso central. A utilização prolongada dessas substâncias resulta em efeitos colaterais indesejáveis, provoca dependência química e agravos à saúde em geral, mas são de valor insubstituível para a saúde pública. Segundo dados da Previdência Social, transtornos mentais são a 3ª causa de afastamento do trabalho no país. A promoção do uso racional desses medicamentos, bem como uma adequada prescrição e assistência farmacêutica são fundamentais para garantir e preservar a saúde da população. O presente estudo tem por objetivo analisar o perfil epidemiológico dos medicamentos psicotrópicos utilizados pela população atendida pelo ambulatório de Saúde da Família no interior do Rio Grande do Sul (RS), no ano de 2015.

**Metodologia.** Estudo descritivo, transversal, retrospectivo. A população do estudo foi constituída por pacientes em uso de psicotrópicos, acompanhados no Ambulatório de Medicina de Família e Comunidade da UNISC, em Santa Cruz do Sul, no ano de 2015. Foram selecionados 20 prontuários para análise em um universo total de 75. As variáveis analisadas foram sexo, idade, doenças de base e medicamentos psicotrópicos utilizados. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel.

**Resultados.** A idade dos pacientes em uso dessas medicações varia entre 35 e 67 anos, sendo que 55% têm entre 48 e 59 anos. A média de idade dos pacientes analisados foi de 52,95 anos. Da população total que utiliza os serviços do ambulatório de Saúde da Família, 26,6% fazem uso de medicamentos psicotrópicos. Destes observou-se que 75% correspondem ao sexo feminino, totalizando 15 pacientes. Transtornos psiquiátricos são diagnósticos de 50% dos pacientes em uso desse tipo de medicação. Ansiedade, insônia, "falta de ânimo", ideação ou tentativa de suicídio são queixas de 50% da população em uso de psicotrópicos, enquanto que DM, HAS, doenças osteoarticulares e dor crônica acometem 70% desses

## RESUMOS

pacientes. Etilismo e neoplasias são diagnósticos de 10 e 5%, respectivamente. Observou-se que os benzodiazepínicos são a medicação mais utilizada (40%). Cerca de 35% dos pacientes utilizam inibidores da recaptção da serotonina e 30% fazem uso de antidepressivos tricíclicos. Os psicotrpicos mais utilizados foram o clonazepam (30% dos pacientes), a fluoxetina (35% dos pacientes) e a amitriptilina (30% dos pacientes).

**Discussão:** As mulheres consumiram um número maior de psicotrpicos quando em comparação com homens, achado esse que se encontra em concordância com estudos realizados em países desenvolvidos e em cidades brasileiras, os quais mostraram, também, a associação do uso desses agentes com o sexo feminino. As mulheres normalmente preocupam-se mais com a saúde, procuram com maior frequência a assistência médica, descrevem com mais facilidade os problemas físicos e psicológicos, o que aumenta a probabilidade de receberem e aceitarem a prescrição de psicotrpicos. Ademais, verifica-se no gênero feminino maior tendência de procura por atendimento médico e de prescrição de psicotrpicos. Comparando com o estudo realizado em uma cidade cubana e outros estudos, se detectou a predominância do grupo de faixa etária entre 20 e 29 anos, porém no presente estudo, a prevalência foi na faixa etária entre 48 e 59 anos. Dentre os psicotrpicos, os benzodiazepínicos, foram os mais utilizados, seguidos dos antidepressivos, estando dessa forma em consonância com publicações prévias, a exemplo do estudo realizado em cidades europeias por MacCracken. O padrão mais comum de sintomas que induzem a essa prescrição na assistência primária incluem ansiedade, depressão, fadiga, taquicardia, tentativa suicida, preocupações excessivas. Sendo assim, tais achados sugerem a importância da indicação adequada dos psicofármacos e do acompanhamento médico regular dos usuários dessa classe de medicamentos. Por se tratarem de fármacos que causam dependência é necessário o empenho para o uso racional destes. Neste contexto, trabalhos sobre o perfil de consumo de medicamentos pode contribuir para a discussão sobre a problemática de acesso da população as terapias farmacológicas e podem subsidiar políticas públicas que visam promover acesso universal e uso racional dos medicamentos.

**Conclusões.** No presente trabalho foi possível observar que o uso de psicotrpicos é altamente prevalente em nosso ambulatório, visto que mais de 25% dos pacientes atendidos fazem uso dessas medicações. Entendemos ser de suma importância os estudos de perfil ambulatorial dos pacientes, visto que os efeitos colaterais dos psicotrpicos são uma realidade. Por isso, é imprescindível que sejam administrados de forma consciente, com orientação correta de profissionais capacitados.

## Referencias:

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Panorama dos dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados: um sistema para o monitoramento de medicamentos no Brasil. Brasília; 2011.

2. Ashton H. Guidelines for the Rational Use of Benzodiazepines. *Drugs* 1994;48(1):25-40.
3. Taylor S, McCracken CF, Wilson KC, Copeland JR. Extent and appropriateness of benzodiazepine use. *Br J Psychiatry* 1998;173:433-8.
4. Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrpicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev Latinoam Enferm* 2005;13(n. esp):888-95
5. Voyer P, Cohen D, Lauzon S, Collin J. Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: a review of empirical studies. *BMC Nurs* 2004;3(1):3.

## 12. PERFIL DOS NASCIDOS VIVOS, FETOS MORTOS E ÓBITOS FETAIS EM CENTRO OBSTÉTRICO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL NO ANO DE 2013

Jaqueline K. dos Santos<sup>1</sup>, Paola de O. Abreu,<sup>1</sup> Mariana Grossi,<sup>1</sup> Alice Hoerbe,<sup>1</sup> Luíza A. Santin,<sup>1</sup> Fabiani Renner,<sup>1</sup> Tatiana Kurtz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. jaqueline.kniphoff@gmail.com

**Introdução.** A mortalidade neonatal, principalmente a partir da década de 90, passou a responder pela maior parcela de óbitos no índice de mortalidade infantil<sup>3</sup>. Segundo dados do IBGE, os índices e as causas de óbito variam conforme região do país, o que plenamente se justifica, visto que o perfil de saúde e a qualidade do cuidado perinatal oferecido às parturientes e aos recém-nascidos mudam conforme localidade. Dessa maneira, estabelecer o perfil de nascimentos de uma instituição de saúde é importante para o planejamento e implantação de medidas que possam trazer melhorias, elaboradas e ajustadas, conforme um determinado perfil epidemiológico da população, em um determinado local<sup>5</sup>.

**Metodologia.** Estudo descritivo, transversal, retrospectivo. Os dados foram obtidos através da análise de livro de registro de nascimentos de um Centro Obstétrico no interior do Rio Grande do Sul, no ano de 2013. As variáveis analisadas foram: peso ao nascer, índice de Apgar, idade gestacional, número de consultas pré-natais, paridade e idade materna, necessidade de transferência para UCI ou UTI e número de fetos mortos. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel.

**Resultados.** No ano de 2013, houve um total de 1869 nascimentos. Desses, 218 (11,66%) tiveram índice de Apgar ≤ 7

## RESUMOS

no primeiro minuto e ocorreram 24 (1,28%) óbitos fetais/fetos mortos. A média de idade materna foi de 27,93 anos. O peso ao nascer foi, em média, 3147,68g. A média de filhos por parturiente foi de 1,88. A média de consultas pré-natais foi de 8,11 por paciente. Transferências para UTI foram necessárias em 101 casos (5,40%) e, para UCI, em 112 (5,99%). A transferência para UTI e UCI foi necessária em 43,57% dos nascidos com Apgar  $\leq 7$  no primeiro minuto. Entre os casos de óbitos fetais/fetos mortos, a média de idade materna foi de 24,16 anos e de 4,16 consultas pré-natais. Ainda entre os óbitos fetais/fetos mortos, grande parte das pacientes (84%) foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde.

**Discussão.** A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo<sup>1</sup>. Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em Saúde Pública. Os índices atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intra-urbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos<sup>1</sup>.

A taxa de reanimação neonatal obtida neste estudo (11,66%) está próxima à taxa mundial (10%), no entanto mostra-se elevada, visto que a necessidade de reanimação apresenta elevadas taxas de morbimortalidade.

Sabendo-se que a transição da fecundidade no Brasil teve início em meados da década de 1960, constatamos que as taxas sofreram redução de 24.1% entre 1970 e 1980, de 38.6% na década seguinte e a partir daí, 11.1% entre 1991 e 2000<sup>2</sup>. Em relação à média de filhos por paciente observada nos dados, esse número pequeno pode ser relacionado com o aumento da idade materna e maior planejamento familiar, o que corrobora com a independência feminina, cada vez mais em ascensão na sociedade atual.

A média de consultas pré-natais mostrou-se maior do que é recomendado como ideal pelo Ministério da Saúde desde 2000, o que demonstra conhecimento das mulheres acerca da importância do pré-natal e acesso dessas gestantes ao serviço de saúde<sup>4</sup>.

**Conclusões.** O estudo realizado permitiu traçar o perfil de saúde obstétrico e social de parturientes e seus recém-nascidos, usuários do serviço. Dessa forma, obtidos subsídios para orientar ações dos profissionais de saúde que atuam no local e principalmente para a construção de novos programas e serviços de saúde voltados para melhorias em consonância com o perfil epidemiológico da população usuária.

## Referências.

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito

infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

2. BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Fecundidade em declínio. Novos estudos. Março, 2006.
3. REGO, Maria Albertina S., et al. Avaliação do perfil de nascimentos e óbitos em hospital de referência. *Jornal de Pediatria*. Vol. 86, no 4. Porto Alegre Jul./Ago. 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5)
5. Coleção progestores para entender a gestão do SUS. Sistemas de informação da vigilância em saúde e análise de situação da saúde. Livro\_6\_tomo1\_final.indd

## 13. PREVALÊNCIA DA VACINAÇÃO CONTRA O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM ADOLESCENTES NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL/RS NO ANO DE 2014

**Marcella Gonçalves Piovesan<sup>1</sup>, Angélica Cristine Feil<sup>1</sup>, Fernanda Pitelkow Figueira<sup>1</sup>, Jesica Caroline Dallazem<sup>1</sup>, Jéssica Chaves<sup>1</sup>, Daniela Teixeira Borges<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. marcellagopio@gmail.com

**Introdução.** O HPV é uma doença sexualmente transmissível (DST) causada pelo Papilomavírus humano cuja infecção persistente é condição necessária para ocorrência de câncer do colo de útero. O Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 2014, ampliou o Calendário Nacional de Vacinação com a introdução da Vacina Papilomavírus Humano (HPV) quadrivalente no Sistema Único de Saúde (SUS). A vacina protege contra os tipos virais 6, 11, 16 e 18. O objetivo do trabalho consiste em analisar um levantamento da aplicação da vacina HPV quadrivalente em adolescentes, na cidade de Santa Cruz do Sul, durante o ano de 2014.

**Metodologia.** Estudo descritivo em base de dados secundários ao Programa Nacional de Imunizações, a partir dos registros vacinais do APIWeb, sendo realizado o levantamento da aplicação da primeira dose da vacina HPV quadrivalente, realizadas no período de janeiro a dezembro de 2014, no município de Santa Cruz do Sul, RS.

**Resultados.** Foram aplicadas 2232 doses durante o ano de

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

2014. A faixa etária predominante foi dos 11 aos 13 anos. O mês de março foi o que apresentou o maior número de aplicações. Nos meses de janeiro, fevereiro, julho, agosto, outubro e novembro não houveram doses aplicadas. Dessas doses aplicadas no mês de março, 668 (33,20%) foram administradas aos 11 anos, 676 (33,60%) aos 12 anos e 668 (33,20) aos 13 anos.

**Discussão.** Conforme preconiza a campanha, a maior aderência ocorreu na faixa etária dos 11 aos 13 anos. Isso está de acordo com estudos que indicam que a vacinação profilática deve ocorrer em idade anterior à primeira relação sexual, uma vez que, o pico de incidência da infecção ocorre no início da vida sexual, antes dos 25 anos. O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 2014, ampliou o Calendário Nacional de Vacinação com a introdução da Vacina Papilomavírus Humano (HPV) quadrivalente no Sistema Único de Saúde (SUS). Pode-se perceber que a maior adesão ocorreu no mês de março, que foi o início da vacinação aqui no Brasil. No entanto, não foi possível determinar a prevalência total da vacina, uma vez que o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) está em fase de implantação e ainda não possui todos os registros. A meta do MS é vacinar 80% da população alvo. Objetiva-se alcançar elevadas coberturas vacinais e, com isso, reduzir a transmissão do vírus HPV, uma vez que esse vírus encontra-se em mais de 99% dos casos de carcinoma cervical.

**Conclusão.** Assim ressalta-se a importância da mobilização da sociedade, a atenção e o cuidado das equipes para com as questões técnicas e operacionais da vacinação e a sensibilização das meninas constituem um desafio. A vacinação, conjuntamente com as atuais ações para o rastreamento do câncer do colo do útero, possibilitará, nas próximas décadas, prevenir esta doença, que representa hoje a quarta principal causa de morte por neoplasias entre mulheres no Brasil.

### Referências:

1. Zardo Geisa Picksius, Farah Flávia Peixoto, Mendes Fernanda Gabriela, Franco Camila Ament Giuliani dos Santos, Molina Giseli Vieira Machado, Melo Gislaïne Nochetti de et al . Vacina como agente de imunização contra o HPV. Ciênc. saúde coletiva [Internet] 2014 [cited 2015 Sep 13];19(9):3799-3808.
2. Nadal Sidney Roberto, Manzione Carmen Ruth. Vacina contra o papilomavirus humano. O que é preciso saber?. Rev bras. coloproctol. [Internet] 2010 [cited 2015 Sep 13];30(2):237-240.

## 14. PREVALÊNCIA DE ADESÃO DA VACINA DA GRIPE NA POPULAÇÃO IDOSA DA UNIVERSIDADE DO ADULTO MAIOR DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL: UM

## ESTUDO TRANSVERSAL

**Camila Nunes Venâncio Pasetto<sup>1</sup>, Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa<sup>1</sup>, Bruna Polanski Costa<sup>1</sup>, Gabriela Graça Soder Dalmas<sup>1</sup>, Valdir Borges Dutra Junior<sup>1</sup>, Melissa Agostini Lampert<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [camila.pasetto@gmail.com](mailto:camila.pasetto@gmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** A gripe é uma doença infecto-contagiosa do trato respiratório, resultante da infecção pelo vírus Influenza.<sup>1</sup> Ela é transmitida através de gotículas que se espalham de forma eficaz de um indivíduo infectado, por meio de tosse e espirro, para um indivíduo não imunizado. Clinicamente apresenta-se através de sintomatologia diversa, muitas vezes inespecífica, que, geralmente, cursa com febre, calafrios, mialgia, rinorréia, prostração, mal estar, artralgia e tosse não produtiva, por vezes, podendo resultar em complicações cujo desfecho é o óbito, principalmente, em indivíduos imunosenescentes<sup>2</sup>. Dessa forma, o Ministério da Saúde instituiu a campanha de vacinação tendo como principal objetivo reduzir, na população idosa, a morbidade e as internações causadas pelo vírus influenza. Processo que levou ao declínio do número de internações por infecções respiratórias agudas, entre os idosos, nos últimos anos, após a campanha de vacinação contra o vírus iniciada em 1999<sup>3</sup>.

Em idosos, a gripe passa a ter um grande valor epidemiológico pelas severas consequências que pode provocar e, assim, a partir das campanhas de vacinação, o Ministério da Saúde atingiu os objetivos de aumento da expectativa e qualidade de vida nos indivíduos que se submeteram a campanha<sup>4</sup>. Até 2007, a meta mínima para cobertura vacinal estabelecida pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) era de 70% da população alvo. Em 2008, foi ampliada para 80%<sup>4</sup>.

No entanto, há idosos que não aderiram à vacinação por diversos motivos, incluindo a crença da não eficácia da mesma, falta de informação, falhas do sistema de busca ativa das Estratégias de Saúde da Família ou por medo de reações indesejáveis. Buscou-se estimar a cobertura vacinal contra a gripe em idosos matriculados na Universidade do Adulto Maior (UniAMa), turma de 2015 no município de Santa Cruz do Sul e os principais motivos que impedem esses idosos a aderirem à campanha de vacinação.

**Metodologia.** Realizou-se estudo transversal quantitativo, por meio de questionário autoaplicável, realizado na tarde do dia 02 de setembro de 2015. A população alvo da pesquisa foi constituída por 19 idosos, com idades entre 60 e 74 anos, alunos da UniAMa, turma de 2015, um curso de extensão multidisciplinar de dois anos, o qual oferece a oportunidade de educação permanente para pessoas a partir de 60 anos. O Curso é oferecido na Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

do Sul, e faz parte do Programa Terceira Idade na Unisc: Avaliando o Processo de Envelhecimento, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul sob o número 46166215.8.0000.5343. O questionário é referente à adesão dos idosos à Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe. Os dados colhidos foram tabulados no software Microsoft Excel 2010. Após revisão de literatura, realizou-se análise e discussão dos dados.

**Resultados.** Tendo como base o questionário aplicado, os dados coletados foram analisados e tabulados, buscando determinar o grau de adesão ao programa de vacinação, bem como, os motivos que levaram os entrevistados a evadirem do processo vacinatório. Quanto à adesão, observou-se que um total de 84% dos entrevistados vacina-se todos os anos, 5% em uma periodicidade não padrão e 10% não costumam efetuar qualquer tipo de vacinação. Já no que tange o aspecto “medo da vacina”, todos os idosos assinalaram que não possuem qualquer receio quanto a receberem a vacina. No entanto, quando questionados acerca da eficácia e efetividade da mesma, 10% dos participantes relatam não acreditarem que vacinarem-se lhes proporcionará algum benefício ou proteção.

**Discussão:** A vacina contra o vírus influenza consiste em uma estratégia que visa à prevenção e a diminuição do número de internações hospitalares e de mortalidade pela gripe. Nesse contexto, a intervenção vacinal mostrou-se efetiva ao diminuir o número de internações hospitalares por doenças respiratórias ao compararmos regiões de um mesmo estado onde a cobertura proposta foi atingida com sítios que não alcançaram um controle vacinal adequado. Tal fato demonstra, claramente, o benefício da estratégia proposta e a importância da mesma como instrumento de prevenção. Outro ponto fundamental para o estabelecimento do sucesso da campanha reside no fato de sua fácil disponibilidade e acessibilidade, entretanto, essas duas características não garantiram adesão total da população alvo (84% dos idosos avaliados foram vacinados). Todavia, o grupo pesquisado obteve uma cobertura que ultrapassa o índice proposto pelo Ministério da Saúde (70%)<sup>4</sup>, possivelmente devido ao seu perfil ativo quanto à constante busca por informações.

Contudo, nos últimos anos a adesão vacinal decresceu, indicando a necessidade de maiores intervenções preventivas e ações educativas em saúde pautadas no contexto epidemiológico da saúde municipal. Lopes et al, 2007<sup>5</sup>, compararam a população de idosos vacinados e não vacinados e sua relação com a ocorrência de situações de doença ou internações hospitalares, em um período de três meses após a vacinação, através de uma entrevista com 1130 participantes. Os resultados obtidos demonstraram um percentual menor quanto ao relato de agravos de quadros gripais e internações hospitalares por etiologias respiratórias. Assim, há a necessi-

dade de sensibilizar os gestores e os profissionais de saúde sobre a efetividade da vacinação na faixa etária do grupo avaliado, bem como, da necessidade da implementação de medidas efetivas que abranjam a educação e conscientização da população alvo quanto à importância e os benefícios do ato vacinal<sup>2, 3, 4</sup>. Dentre tais medidas, a utilização de critérios avaliativos antes de palestras/aulas ministradas auxilia no direcionamento de ações preventivas de acordo com a necessidade do grupo alvo.

**Conclusões.** Evidenciou-se do estudo que mais da metade dos idosos vacina-se contra a gripe anualmente, contabilizando 85% dos entrevistados. Esse dado foi superior ao esperado pelo PNI do Ministério da Saúde desde 1999, ano de sua implementação. Entretanto, há uma variedade de fatores citados pelos idosos justificando a não realização da vacina, principalmente, a ineficácia. Por conseguinte, conclui-se, a partir dos dados, que tais idosos necessitam de estímulo quanto à adesão da vacina contra o vírus influenza, visto seus benefícios, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população alvo.

## Referências

1. ARTHUR, AJ; MATTHEWS, RJ; JAGGER C.; et al. Improving uptake of influenza vaccination among older people: a randomised controlled trial *British Journal of General Practice*, September 2002.
2. FERRER, A.L.M; MARCON, S.S; SANTANA, R.G; Morbidade hospitalar em idosos antes e após vacinação contra influenza no Estado do Paraná. *Revista Latino-am Enfermagem*, 2008 setembro – outubro;
3. FRANÇA, I.S.X. de; MARINO, D.D.T.; BAPTISTA, R. S; Infecções respiratórias em idosos e vacinação anti-influenza: Índices de morbi-mortalidade. *Revista RENE*, 2008.vol.9
4. GOMES W.R; SILVA L.A da; CRUZ A.U et al. Adesão dos idosos à vacinação contra gripe. *Revista de enfermagem UFPE on line*, ISSN: 1981 -8963, Recife, abr., 2013
5. LOPES, M.J.M.; VILARINO, M.A.M.; BUENO, A.L.M; BRITO, M.R.V; Idosos vacinados e não vacinados contra a influenza: morbidade relatada e aspectos sociodemográficos, Porto Alegre, 2004. *Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / ISSN 1413- 8123*, Rio de Janeiro, 2007.

## 15. RELAÇÃO ENTRE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO, IDADE E GÊNERO

**Fernanda Schuh Martins<sup>1</sup>, Gustavo Faccin Herbstrith<sup>1</sup>, Augusto Emilio Hinterholz<sup>1</sup>, Mariana Almudi Souza<sup>1</sup>, Vinicius Samuel Schreiner<sup>1</sup>, Antonio Manoel de Borba Júnior<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.



# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

**Introdução.** O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é definido como o surgimento de déficit neurológico súbito, com duração de no mínimo 24 horas. Classifica-se AVE isquêmico quando há obstrução ao fluxo sanguíneo e AVE hemorrágico na presença de sangramento devido a ruptura de estruturas vasculares. A apresentação clínica de ambas as categorias é distinta, podendo haver alterações do sensório, força muscular, reflexos, cognição, linguagem, dentre outras.<sup>1</sup> Diversos fatores de risco estão implicados na gênese do AVE, incluindo idade avançada, sexo masculino, afrodescendente, tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus<sup>2</sup>. De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças cerebrovasculares são a segunda maior causa de morte no mundo, sendo precedidas apenas pelas doenças cardiovasculares<sup>3</sup>. Além da elevada mortalidade, 30 a 40% dos pacientes que não vão a óbito permanecem com alguma seqüela significativa, principalmente limitação física e cognitiva, e consequente aumento nos gastos sociais<sup>4</sup>. Segundo a OMS, há um declínio progressivo da incidência de AVE em países desenvolvidos, decorrente, sobretudo da melhora do controle da hipertensão HAS e redução do tabagismo. Contudo, em números absolutos observa-se um aumento dessa entidade, com vistas ao envelhecimento populacional, observado no Brasil e no mundo<sup>2</sup>. Dessa maneira, ressalta-se a importância de se ter conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes com AVE, a fim de que se estimule uma atuação ainda mais intensiva dos serviços de saúde, sobretudo a atenção básica, nos pacientes de maior risco.

**Metodologia.** Estudo transversal, retrospectivo, descritivo, realizado através da pesquisa de pacientes registrados com CID I64 (Acidente Vascular Encefálico, não especificado como hemorrágico ou isquêmico) de janeiro a dezembro de 2014 no Hospital Santa Cruz, de Santa Cruz do Sul – RS. As variáveis analisadas foram idade e sexo do paciente. Os dados obtidos foram digitados no software Excel 2011 e posteriormente examinados.

**Resultados.** No HSC, em 2014, foram internados 256 pacientes com AVE. Desses, 116 (45,31%) eram homens. Dentre eles, 10 (8,62%) tinham menos de 50 anos, 33 (28,44%) entre 50-65 anos, 76 (65,51%) com mais de 76 anos. 137 (53,51%) eram mulheres, com 15 (10,94%) possuindo menos de 50 anos, 20 (14,59%) de 50-65 anos, e 102 (74,45%) com mais de 65 anos. A média de idade desses pacientes foi de 71 anos.

**Discussão.** Há poucos dados sobre prevalência de acidente vascular encefálico (AVE) no Brasil. Um estudo realizado em uma comunidade ribeirinha na Amazônia<sup>5</sup>, assim como outro estudo realizado em São Paulo<sup>6</sup> demonstraram resultados semelhantes aos nossos em relação à maior frequência de AVE em mulheres do que em homens. Entretanto, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)<sup>7</sup> em 2013 constatam maior

prevalência de AVE em homens do que em mulheres, com 1,117 milhões de homens e 1,115 milhões de mulheres. Esses dados são corroborados por estudo realizado no município de Vassouras, no Rio de Janeiro. Entretanto, todos os estudos encontrados na literatura falham em detectar diferenças estatisticamente significativas na prevalência de AVE entre homens e mulheres, concluindo que o gênero não é um fator de risco isolado para o desenvolvimento de AVE.

Por outro lado, a idade dos pacientes é um fator de risco bem estabelecido do AVE. Sabe-se que, quanto maior a idade, maior o risco. Um estudo realizado em uma população do sul do Brasil<sup>8</sup> constatou maior ocorrência de AVE em pacientes com idade entre 60 e 79 anos, demonstrando resultados semelhantes aos encontrados em nosso estudo. Entretanto, o grupo com idade superior a 80 anos, que definiria maior risco para o quadro, apresenta menor prevalência, provavelmente devido a menor quantidade de indivíduos. Dados encontrados no DATASUS referentes ao número de internações no ano de 2014 por AVE classificados por faixa etária mostram um total de 141.860 internações, sendo que 71.819 encontravam-se na faixa etária entre 60 e 79 anos, correspondendo a um total de 50,6% das internações. Todos os estudos encontrados na literatura mostram que a faixa etária, apesar de definida como fator de risco, não explica isoladamente a ocorrência de AVE, sendo necessária a relação com outros fatores de risco, os quais não foram especificados nesse estudo.

Nosso estudo tem como limitações o fato de ter utilizado o CID para busca dos prontuários dos pacientes, o que pode ter excluído pacientes que foram internados com outro CID e apresentavam AVE, como também pode ter incluído pacientes que foram internados com o diagnóstico inicial errado. Nesse estudo também não foi possível diferenciar as taxas de prevalência de acordo com a etiologia do AVE (isquêmico ou hemorrágico).

**Conclusões.** É visto que o acidente vascular encefálico apresenta uma prevalência significativa nos serviços de saúde. Dessa forma, uma melhoria na qualidade dos serviços de atenção primária em saúde, assim como programas de conscientização da população quanto à prevenção e sintomatologia são fundamentais para haver um diagnóstico e terapêutica adequada precocemente, aumentando, assim, as chances de sobrevida e reduzindo custos de internação e seqüelas neurológicas graves.

## Referências.

1. World Health Organization (WHO). Steps stroke manual 2006 Mar-Apr.
2. Mackay J, Mensah GA. The atlas of heart disease and stroke. World Health Organization 2004.

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

3. Ministério da Saúde. Manual de Rotinas para Atenção ao AVC. 2013.
4. Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira JRS, Barbosa MATS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2009;25(9):1929-1936.
5. Fernandes TG, Benseñor IM, Goulart AC, Tavares BM, Alencar AP, Santos IS et al. Stroke in the rain forest: prevalence in a ribeirinha community and an urban population in the Brazilian Amazon. *Neuroepidemiology* 2014;42(4):235-42. doi:10.1159/000362210
6. Abe IM, Lotufo PA, Goulart AC, Benseñor IM. Stroke prevalence in a poor neighbourhood of São Paulo, Brazil: applying a stroke symptom questionnaire. *Int J Stroke* 2011;6(1):33-9. doi:10.1111/j.1747-4949.2010.00538.
7. Ministério da Saúde (BR); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [cited 1014 Dec 22]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
8. Copstein L, Fernandes JG, Bastos GAN. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2013;71(5). doi:10.1590/0004-282X20130024
9. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

## 16. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES E DE SEUS NEONATOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Angélica Cristine Feil<sup>1</sup>, Angélica Van Der Laan Mendonça<sup>1</sup>, Juliana Cechinato Zantotto<sup>1</sup>, Roberta Dreyer Fernandes<sup>1</sup>, Jéssica Sari<sup>1</sup>, Fabiani Renner<sup>1</sup>, Tatiana Kurtz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [angelicafeil@gmail.com](mailto:angelicafeil@gmail.com)

**Introdução.** A gravidez na adolescência ocorre na faixa etária materna entre 13-18 anos. Ela é considerada um problema de saúde pública, pois além da futura mãe ter a responsabilidade de ter de cuidar de uma nova vida, ela está passando um período conturbado de grandes transformações corporais e psicológicas. A gestação nesse período compromete o desenvolvimento da adolescente, pessoal e profissionalmente, uma vez que leva a altos índices de abandono escolar. Além disso, frequentemente está associada a contextos de pobreza, baixa

escolaridade, desemprego ou empregos precários, relação emocional distante do pai/família monoparental, história familiar de maternidade adolescente, desejo de se auto-afirmar como mulher e necessidade de independência perante aos pais. Todos esses fatores geram uma gestação na qual a mãe corre riscos (síndromes hipertensivas, estado nutricional comprometido, desproporção feto-pélvica e parto prematuro) e o feto também (baixo peso ao nascer, risco de morrer por desnutrição, maior probabilidade de infecções e atraso de desenvolvimento). Assim sendo, esse estudo objetiva analisar o perfil epidemiológico das puérperas adolescentes e de seus neonatos em um hospital de referência, no interior do Rio Grande do Sul.

**Metodologia.** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo. No qual, utilizou-se o livro de registro de nascimentos de um centro obstétrico de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul para o levantamento de dados. As informações consultadas foram referentes ao ano de 2013. Verificaram-se tanto informações maternas (idade, paridade, nº de consultas pré-natais realizadas, idade gestacional e tipo de parto) quanto do recém-nascido (peso, perímetro cefálico, comprimento e índice de APGAR no 1º e 5º minutos).

**Resultados.** Foram analisados os registros de 1869 puérperas, das quais 145 possuíam entre 13 e 18 anos. O número de consultas pré-natais das puérperas adolescentes varia entre nenhuma e 17, ocorrendo em média 7,82 consultas por puérpera na faixa etária analisada; a grande maioria destas (85,51%) apresentava-se como primigesta, sendo que a paridade variou de 1-4 gestações. Analisando aspectos do parto, verificou-se que a idade gestacional variou entre 21 e 41 semanas e que 65,51% das adolescentes optaram por parto cesáreo. Considerando-se aspectos do recém-nascido, observaram-se que as médias de peso, perímetro cefálico e comprimento foram, respectivamente, 3,110 kg, 36,16 cm e 47,34 cm. Verificando-se os índices de APGAR, 53,42% dos recém nascidos observados apresentaram APGAR maior que 9 no 1º minuto e 86,98% APGAR maior que 9 no 5º minuto.

**Discussão.** O percentual de puérperas adolescentes dentre as analisadas foi de 7,64%, sendo muito inferior ao percentual encontrado nacionalmente em 2010 de 19,2%. Embora seja baixo, se comparada aos países desenvolvidos, cujas taxas máximas estão em torno de 4 a 5% é considerada alta. Quanto à frequência ao pré-natal, verificou-se o número adequado de consultas preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que é, no mínimo, seis consultas. O percentual elevado de cesarianas, que foi 65,51%, é representativo do Brasil, reproduzindo o modelo de parto intervencionista adotado e um achado preocupante, visto que há exposição excessiva aos efeitos do parto cirúrgico. As mães, em sua maioria, são primíparas (85,51%), porém dados

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

corroborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que 40% das adolescentes que engravidarem vão ter uma segunda gestação nos três próximos anos. Este dado é importante, pois o pequeno intervalo entre os partos está relacionado à maior possibilidade de nascimento de um bebê com baixo peso, além de problemas como a sobrecarga imposta a essas meninas. Os dados referentes aos neonatos (peso, medidas e APGAR) encontraram-se na maioria adequados, refletindo que neste centro de referência a gravidez na adolescência não trouxe grandes comorbidades aos recém-nascidos.

**Conclusões.** O hospital de referência possui índices de partos em puérperas inferior ao nacional, o que é um dado positivo, pois demonstra que o município está sendo efetivo em prevenir a gestação precoce. Além disso, na maioria dos casos houve acompanhamento pré-natal adequado, reduzindo as consequências negativas da gravidez adolescente. Assim

sendo, o serviço local encontra-se qualificado, somente tendo que observar o alto índice de cesáreas.

### Referências.

1. Schiro EDB, Koller SH. Ser adolescente e ser pai/mãe: Gravidez adolescente em uma amostra brasileira. *Estudos de Psicologia* 2013;18:447-455.
2. Levandowski DC, Piccinini CA, Lopes RCS. Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia* 2008;25:251-263.
3. Gama SGN et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30:S117-S127.
4. Ferreira CL et al. Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 2012;12:188-204.

## TRABALHOS INDEPENDENTES - Relatos de Experiência

### 1. ABCESSO CEREBRAL POR NOCÁRDIA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

**Bruno Kras Friedrisch<sup>1</sup>, Lucas Cappelletti<sup>1</sup>, Victório Zanella Netto<sup>1</sup>, Gabriele Jesus Sanches<sup>1</sup>, Eliane Krummenauer<sup>3</sup>, Marcelo Carneiro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [brunokf@gmail.com](mailto:brunokf@gmail.com)

**Introdução.** A nocardiose é uma infecção incomum causada por micro-organismo gram positivo aeróbio do gênero *Nocardia* que geralmente manifesta-se por doença localizada ou sistêmica supurativa em seres humanos e em outros animais. É considerada tipicamente uma infecção oportunista, apesar disso, cerca de um terço dos pacientes acometidos são imunocompetentes<sup>1</sup>. O sistema nervoso central (SNC) é um sítio pouco comum de nocardiose, e ela poucas vezes causa abscesso cerebral, representando apenas 2%. Dos casos de nocardiose, 20 a 60% são decorrentes de infecção em sítios contíguos, como otite média; mastoidite; e infecções de seios frontais ou dentárias. Nessas situações se apresentará apenas uma lesão no SNC<sup>3,4</sup>. Quando de origem hematogênica são associados a bacteremia, que tem origem geralmente de infecções pulmonares crônicas, como abscesso pulmonar e fibrose cística. Em tais situações geralmente se observará múltiplos focos de lesão, localizados nas áreas de distribuição da artéria cerebral média<sup>5,6</sup>. O presente estudo tem por objetivo apresentar um caso de abscesso cerebral por nocardia em paciente imunocompetente com quadro de tuberculose anterior.

**Relato.** Paciente masculino, 45 anos, branco, casado, pedreiro, natural e procedente de Santa Cruz do Sul – RS, no quinto mês de tratamento domiciliar para tuberculose com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Em setembro de 2011, tem internação hospitalar para realização de pleurotomia para biópsia, apresentando infecção da incisão. É internado novamente em 06/02/2012 com cefaleia intensa e febre (39,2° C). Foi realizada hemocultura, a qual não evidenciou crescimento bacteriano, e tomografia de crânio que demonstrou lesão cística localizada na periferia dos lobos occipital e parietal a direita, próximas a foice cerebral, com impregnação anelar periférica por meio de contraste. Em 14/02/2012, apresentou piora neurológica e dificuldade de deambulação, ressonância magnética indicou aumento das dimensões do abscesso. Iniciou tratamento com Vancomicina, Levofloxacina e Meropenem e foi submetido a craniotomia descompressiva para drenagem

do abscesso e exérese da massa cística, com envio do material para cultura e biópsia no laboratório de patologia da Santa Casa de Porto Alegre. Em 24/02/2012, foi recebido o laudo com positividade para Nocardia. Paciente teve boa evolução com rápida recuperação das funções motoras e mentais. Em 28/12/2012, recebeu alta hospitalar e continua tratamento domiciliar com Bactrim por seis meses.

**Discussão.** A nocardiose é uma infecção supurativa localizada ou sistêmica causada por actinomicetos Gram positivos aeróbios do gênero *Nocardia*. Este micro-organismo não faz parte da flora normal de humanos, sendo encontrado em todos os países no solo, matéria vegetal em decomposição e ambientes aquáticos, disseminando-se pelo ar, especialmente por partículas de poeira. A inalação é a porta de entrada mais comum, comprovada pela observação de que a maioria das infecções envolve o tecido pulmonar<sup>2,7</sup>. O envolvimento pulmonar em humanos é autolimitado ou sub-clínico, com formas agudas, subagudas ou crônicas, simulando tuberculose, infecção fúngica ou neoplasia<sup>8</sup>.

A imunidade mediada por células compreende a resposta inicial a nocardiose. Neutrófilos e macrófagos locais inibem o crescimento bacteriano limitando a propagação até que a resposta por células específicas possa ocorrer. Células T ativadas aumentam a fagocitose e estimulam a citotoxicidade direta às bactérias. O papel da imunidade humoral é desconhecido e não há evidência de que linfócitos B participem da defesa contra esta patologia<sup>9</sup>. Desta forma, pacientes de alto risco são portadores de deficiência de células T, como leucemia, síndrome da imunodeficiência adquirida, em uso de terapia imunossupressora ou situações que requerem uso prolongado de corticoides, embora pacientes imunocompetentes também possam ser afetados<sup>10</sup>. A presença de infecção no SNC ocorre em cerca de um terço dos casos, podendo predominar as manifestações neste sistema quando há disseminação sistêmica. 45% dos pacientes com nocardiose têm infecção no SNC e os pulmões constituem a fonte primária mais comum. A apresentação costuma ser aguda, rapidamente progressiva, porém a *Nocardia sp.* invade o cérebro silenciosamente e pode persistir em latência por vários meses até anos quando surgem as primeiras manifestações<sup>2,6,7</sup>. A apresentação pode ser aguda, rapidamente progressiva, mas apresentações de início insidioso e gradual com várias manifestações podem também ocorrer. Enquanto o abscesso é o achado patológico mais frequente, como evidenciado nesta paciente, algumas vezes há relato de áreas com inflamação difusa<sup>1</sup>.

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

### Referências.

1. Brown-Elliott B.A.; Brown J.M.; Conville P.S.; Wallace R.J. Jr. Clinical and laboratory features of the *Nocardia* spp. based on current molecular taxonomy. *Clin Microbiol Rev.* V.19, n.2, 2006.
2. Beaman B.L., Beaman L. *Nocardia* species: host-parasite relationships. *Clin Microbiol Rev.* V.7, N.2, 1994.
3. Gallagher R.M., Gross C.W., Phillips C.D. Suppurative intracranial complications of sinusitis. *Laryngoscope.* V.108, n.11, 1998.
4. García Roldán, N.; Cure, G. C.; Peña Quiñones, G.; Hakim, F. Cerebral abscesses by *Nocardia* spp in immunocompetent patient. *Acta neurologia colombiana*; V.26, N.3, 2010.
5. Cahill D.P., Barker F.G., Davis K.R., Kalva S.P., Sahai I., Frosch M.P. Case records of the Massachusetts General Hospital. *N Engl J Med.* V. 362, N.14, 2010.
6. Yang S.Y., Zhao C.S. Review of 140 patients with brain abscess. *Surg Neurol.* V. 39, N. 4, 1993.
7. Goodfellow M., Williams S.T. Ecology of actinomycetes. *Annu Rev Microbiol.* V. 37, 1983.
8. Lederman ER1, Crum NF. A case series and focused review of nocardiosis: clinical and microbiologic aspects. *Medicine (Baltimore)* 2004;83(5):300-13.
9. King D.P., Hyde D.M., Jackson K.A., Novosad D.M., Ellis T.N., Putney L., Stovall M.Y., Van Winkle L.S.,
10. Beaman B.L., Ferrick D.A. Cutting edge: protective response to pulmonary injury requires gamma delta T lymphocytes. *J Immunol.* V. 162, N.9, 1999.
11. Lederman, E.R.; Crum, N. F. A case series and focused review of nocardiosis: clinical and microbiologic aspects. *Medicina Baltimore*, V. 83, N. 5, 2004.

## 2. ACIDENTES NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

**Roberto Lange Agra<sup>1</sup>, Fátima Cleonice de Souza<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. robertolangeagra@gmail.com

**Introdução.** Os acidentes na infância constituem uma grande causa de mortalidade no Rio Grande do Sul, neste sentido, para que essa incidência diminua são necessárias medidas preventivas, baseadas na educação dos pais e dos cuidadores das crianças. Os acidentes, definidos como morbidade por causas externas, são previsíveis e, por isso, a atenção possui importante papel no controle destes. As consequências para as crianças se resumem em faltas escolares e em possíveis sequelas psicofísicas e morte.

O caso relata o acidente envolvendo um menino de 5 anos

de idade vítima de trauma em membro superior direito em uma região agrícola do Município de Santa Cruz do Sul. Conscientizar e informar a população em relação ao assunto de acidentes na infância são os objetivos deste relato.

**Relato.** T.A.P., 5 anos e 6 meses, trazido pela SAMU à emergência do HSC em choque hemorrágico após trauma em membro superior direito (MSD) em máquina debulhadora de milho. As condutas terapêuticas emergenciais se iniciaram, em bloco cirúrgico, com reposição hídrica e 750 ml de concentrado de hemácias. No mesmo dia foram realizados, By-pass Axilo-Braquial, Fasciotomia, Safenectomia, Embolectomia, Plastia Arterial e 4 CHADS. Após os primeiros procedimentos cirúrgicos realizados, paciente foi levado à UTI pediátrica, onde ficou internado por 17 dias, sendo realizado ao longo destes diversos procedimentos cirúrgicos - Ampliação Fasciotomia, Inserção cateter venoso central, CHAD, Anastomose do By-pass, Embolectomia, novo By-pass Axilo-Braquial, Safenectomia, Embolectomia. Após alta da UTI, paciente foi internado em enfermaria pediátrica; durante este período paciente foi, ainda, submetido a procedimentos de enxertia, de nervo no mediano ao nível do braço proximal direito e de pele em antebraço direito. Paciente recebeu alta 51 dias após chegada à emergência, com MSD sem motricidade e sensibilidade.

**Discussão.** A população infantil é muito suscetível aos acidentes devido à curiosidade e imaturidade e ao espírito aventureiro da criança. Na infância os acidentes tornaram-se umas das principais causas de morbidade e mortalidade em crianças acima de 1 ano de idade após o avanço da medicina, responsável pela diminuição na morbimortalidade por outras doenças como, por exemplo, problemas gastrointestinais e infecções respiratórias. Juntamente com a violência os acidentes na infância constituem as patologias causadas por causas externas, estas, apesar de serem ditas popularmente como ocasiões inevitáveis, são considerados eventos previsíveis, sendo assim muito importante medidas preventivas para a diminuição destas ocorrências. Os principais fatores de risco de acidentes na infância, em relação a situação física e psicossocial em qual se encontra a criança, são pobreza, mãe solteira e jovem, baixo nível de educação materna, habitações pobres, famílias numerosas e uso de álcool e drogas. As consequências para a criança acidentada incluem sequelas físicas e psíquicas e as faltas escolares, devido ao grande tempo de internação hospitalar. Entre as principais causas de acidentes: em regiões urbanas estão as quedas; em ambiente domiciliar estão as queimaduras e a asfixia. Em regiões agrícolas, estudos americanos demonstram que tratores são a maior causa de acidentes na infância. O maquinário agrícola, relacionado ao caso deste relato, foi, também, uma das principais causas. A predominância dos acidentados é do sexo masculino e da faixa etária de 7 a 12 anos de idade. O verão foi a estação do

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

ano com maior ocorrência e os pais eram os principais acompanhantes na hora dos acidentes. No Rio Grande do Sul o maior número de óbitos ocorreu na faixa etária de 10 a 14 anos e no sexo masculino (tabela 1). Outro estudo americano relatou que a os acidentes predominaram no período das 16 horas às 18 horas, provavelmente pelo cansaço físico e mental da criança o que a torna mais descuidada. A prevenção dos acidentes na infância é baseada na educação da população e na criação de políticas públicas. Nesse sentido, educar pais e crianças quanto aos riscos desta população é de extrema importância. Entre as orientações estão: guardar medicamentos e produtos de limpeza em locais inacessíveis às crianças; realizar a manutenção de instalações elétricas, pelo risco de choque e incêndios; manter as crianças afastadas de equipamentos mecânicos agrícolas e domésticos; e manter em locais de recreação infantil, a supervisão de cuidadores treinados, além de salva-vidas em locais de banho, como rios, lagos, praias e piscinas. Além disso, devem ser adotadas as diretrizes, lançadas em 2001 pelo MS, para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Em síntese, observa-se que a falta de atenção no cuidado das crianças é um problema crítico para o seu desenvolvimento, sendo a prevenção o método mais prático e econômico de diminuir a incidência de acidentes na infância.

**Tabela 1.** Óbitos p/Residência por Sexo segundo Faixa Etária Grande Grupo CID10: V01-V99 Acidentes de transporte, W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentes Faixa Etária: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos. Período: 2013.

Faixa etária	Masc.	Fem.	Total
<b>Total</b>	126	80	206
<b>Menor 1 ano</b>	39	27	66
<b>1 a 4 anos</b>	28	18	46
<b>5 a 9 anos</b>	25	12	37
<b>10 a 14 anos</b>	34	23	57

Fonte: DATASUS

## Referências.

1. Matos, Karla F.: Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília 2012;21(1):43-53. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a05.pdf>
2. Suzanne Meiers and Joanne Baerg: Farm Accidents in Children: Eleven Years of Experience. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022346801897025>
3. D Camron, C Bishop, J. R. Sibert: Farm accidents in children. *BMJ*, volume 305. Pg 23 a 25. Disponível em: <http://www.bmj.com/>

content/305/6844/23

4. Filócomo FRF, Harada MJCS, Silva CV, Pedreira MLG. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. *Rev. Latino-americano de Enfermagem* 2002;10(1):41-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100007)
5. Godoy Martin, C. B.: Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Rev. Brasileira de Enfermagem* 2006;59(3):344-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000300017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000300017&script=sci_arttext)
6. Smith, Gary A.: Pediatric Farm-related Injuries: A Series of 96 Hospitalized Patients. *Clinical Pediatrics*. Pg. 335 a 342. Maio 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15118776>
7. Cogbill, Thomas H.: Farm accidents in children. *Pediatrics* 1985; 76(4):562-566. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4047799>
8. Committee on Injury and Poison Prevention and Committee on Community Health Services. Prevention of Agricultural Injuries Among Children and Adolescents. *AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS*. Pediatrics Vol. 108. No 4. 2001. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/4/1016.full>
9. DATASUS - <http://datasus.saude.gov.br/>

## 3. ADENOMASTECTOMIA COM PRÓTESE PÓS CARCINOMA DUCTAL INVASOR COM MÉDIO GRAU DE DIFERENCIAÇÃO: RELATO DE CASO

Vitor Hugo Gouveia do Carmo Ferreira<sup>1</sup>, Andréia Rauer<sup>1</sup>, Susana Fabíola Mueller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

**Introdução:** Entre as mulheres o câncer de mama é o mais frequente e no mundo é o segundo tipo de câncer com mais predomínio. A sobrevida média geral cumulativa após cinco anos é de aproximadamente 65% nos países desenvolvidos, e de 56% para os países em desenvolvimento, segundo estimativas. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%<sup>1</sup>. A mastectomia é muitas vezes a mais importante arma terapêutica para o tratamento profilático, e a reconstrução da mama pode ajudar na recuperação da autoestima e no sentimento de bem estar. O carcinoma ductal invasor (CDI) representa 80% a 90% dos carcinomas da mama e sua avaliação histológica está de acordo com suas características tais como: formação de túbulos, atipias nucleares e o índice mitótico. Podemos graduar o CDI em: bem diferenciado (G1), médio grau de diferenciação (G2) e pouco diferenciado (G3). Nosso objetivo nesse relato de caso é

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

mostrar a evolução oncológica de uma paciente com Carcinoma Ductal Invasivo (CDI) de grau 2 com resultado satisfatório pós adenomastectomia com prótese de silicone imediata, auxiliando na autoestima da paciente e sendo um cofator positivo no seguimento ao tratamento do câncer.

**Relato do caso:** C.B.S, 40 anos, feminina, não tabagista, sem histórico de câncer mamário na família, com duas cesárias prévias e uso de anticoncepcional Selene, relatou em consulta no dia 24 de março de 2015 que sentiu nódulo em mama direita há cerca de 1 mês. Havia realizado Mamografia e Ecografia Mamária datadas de 2 de março de 2015 as quais demonstraram duas imagens nodulares de limites irregulares e imprecisos uma de maior diâmetro perpendicular à pele, medem 1,1x1,0x1,1cm e 0,5x0,7x0,5cm, ambas no quadrante lateral superior mama direita, com calcificações no seu interior e inúmeras calcificações pleomórficas na mama e BI-RADS 5. No exame físico notou-se adensamento de 2cm no Quadrante Superior Lateral (QSL) da mama direita com leve retração da pele e axila negativa. Foi realizado biópsia e Anátomo-patológico com diagnóstico de Carcinoma Ductal Invasor (CDI) Grau 2 com componente intraductal cribiforme. Perfil imunohistoquímico da biópsia: RE 35% / RP 75% / Ki-67 27% / HER-2 negativo. Solicitamos Ressonância Nuclear Magnética Mamária em 27 de Março de 2015 que veio com resultado nódulo irregular 1,8cm em QLD Direito sem outras evidências. Exames de estadiamento sistêmico sem evidência de metástases. Paciente foi submetida à Adenomastectomia mais biópsia de Linfonodo Sentinela (LS), e reconstrução com Prótese no dia 22 de Abril de 2015. AP da peça cirúrgica: CDI moderadamente diferenciado, com focos de CDIS cribiforme, mede 1,2x1,0cm. Limites livres e amplos. 2 LS negativos. Em cerca de 2 semanas apresentou necrose em Ferida Operatória (Imagem 1). Iniciou-se antibioticoterapia com cefalexina e posteriormente desbridamento cirúrgico com boa evolução e sem aumento da necrose em ferida operatória (Imagem 2). Paciente teve indicação de tratamento quimioterápico e posteriormente uso de tamoxifeno.

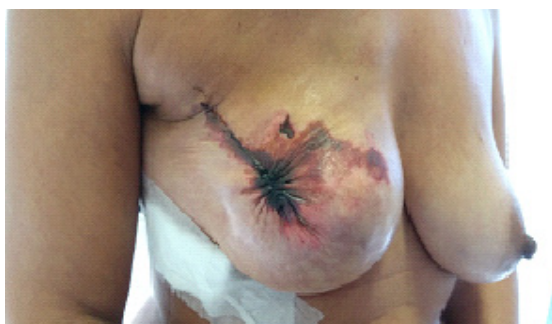


Figura 1. Área de necrose pós-operatória.



Figura 2. Debridamento e Antibioticoterapia.

**Discussão:** A idade avançada, doença mamária benigna, história familiar de câncer de mama, nuligesta ou idade avançada no momento da primeira gestação a termo, são associadas a um alto risco tanto de câncer de mama invasivo quanto carcinoma intraductal, porém o que torna este relato singular é a não apresentação de nenhum desses fatores de risco. O CDI apresentava componente intraductal do tipo cribriforme, ou seja, com espaços glandulares nítidos e marcados. Epidemiologicamente estima-se que a partir do momento do tratamento, 5 a 10% das mulheres tratadas irão subsequentemente desenvolver neoplasia na mama contra lateral, podendo surgir até 30 anos após o tratamento inicial<sup>2</sup>. Quando se fala em tratamento devemos nos atentar que há diversas combinações de técnicas que podem ser utilizadas e que dependerão das condições locais da área da mastectomia, da necessidade de radioterapia pós-operatória, das condições das áreas doadoras, das preferências do cirurgião e da opção da paciente, nesse caso optamos pela adenomastectomia com reconstrução imediata por prótese mamária. A cirurgia, portanto, consistiu na realização da mastectomia com preservação do envelope cutâneo mamário. Foi realizada retirada da glândula mamária com a mínima ressecção de pele sem a preservação do complexo aréolo-mamilar (CAM) conforme indicação uma vez que a paciente tinha componente intraductal cribriforme. O envelope mamário foi mantido, mantendo a vascularização subcutânea. A reconstrução mamária foi realizada imediata com prótese de silicone. No pós-operatório a paciente apresentou necrose da ferida operatória, porém com tratamento de antibioticoterapia e desbridamento cirúrgico obteve bom desfecho cirúrgico. Concluímos que a reconstrução imediata se faz essencial, uma vez que gerou menos estresse cirúrgico na paciente, menos custos ao serviço, uma vez que o procedimento foi realizado no mesmo tempo cirúrgico e isso só foi possível com a interação entre os campos da mastologia e da cirurgia plástica reconstrutora. Nesse relato foi nítido que a prótese de silicone conferiu a paciente aspecto volumoso de

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

mama logo após a ressecção, o que esteticamente e socialmente contribuiu para o seu bem-estar, não dando a ela a sensação da ausência da mama e conferindo-lhe feminilidade e autoestima para seguimento do tratamento quimioterápico.

### Referências.

1. Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
2. BROET P, de la Rochefordiere A, Scholl SM, Fourquet A, e cols. Contralateral breast cancer: annual incidence and risk parameters. *J Clin Oncol* 1995;13(7):1578-83.

## 4. ANEURISMA FEMORAL ROTO COM TERAPÊUTICA ENDOVASCULAR EM ACESSO ABERTO – ESTUDO DE CASO

Diogo Scartazzini Tasca<sup>1</sup>, Priscila dos Santos<sup>1</sup>, Fábio André Tornquist<sup>1</sup>, Edson Gassen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. dstasca8@hotmail.com

**Introdução.** Aneurismas de Artéria Femoral Comum (AFC) são incomuns, muitas vezes sendo diagnóstico ocasional. Porém os aneurismas ilíaco-femorais são o segundo sítio mais comum dos aneurismas periféricos, com incidência de 5/100.000 e bilateralidade em cerca de 50% dos casos. Possuem maior incidência em homens idosos e possuem relação com a presença de aneurismas em outros sítios<sup>1,2,4</sup>. Pseudoaneurismas, aneurismas verdadeiros com diâmetro maior de 2,5 cm ou sintomáticos possuem indicação cirúrgica, visto que possuem maior chance de complicações como embolização distal, oclusão arterial ou ruptura. Aneurismas maiores de 5 cm possuem taxa anual de ruptura próxima de 16%<sup>3</sup>. O presente artigo traz o relato de caso de AFC roto em paciente com múltiplas comorbidades submetido à correção endovascular por abordagem aberta. Conhecer esta patologia é de suma importância para o profissional da saúde, de forma a realizar diagnóstico, tratar e não cometer iatrogenias, aumentando a mortalidade.

**Relato.** AOZ, homem, 77 anos, com queixa de dor em fígada em região de raiz de coxa à esquerda por 10 dias, abaulamento em raiz da coxa, que aumentou de tamanho nos últimos dias, procurou atendimento em serviço de saúde e foi submetido a uma punção na região do abaulamento sendo então encaminhado com urgência ao HSC. Além disso, paciente queixou-se de falta de apetite, redução da quantidade de urina e frequência miccional. Como antecedentes médicos, possui bypass fêmoro-distal em MID há cerca de 5 anos (DPAOC),

HAS e história de insuficiência renal há mais de 5 anos com etiologia desconhecida. Em uso de Enalapril, Sinvastatina, Hidroclorotiazida, Amiodarona e Varfarina. Ao exame, em bom estado geral, desidratação grau I, TA 100/70 mmHg, demais sinais vitais estáveis. Pulso femoral direito 4+/4+, poplíteo e distais não palpáveis à direita. À esquerda, possuía massa pulsátil de aproximadamente 5 centímetros sobre o anel femoral, pulsátil, com presença de sinais flogísticos e dor local; pulso poplíteo palpável e cheio, porém distais não palpáveis. Exame físico cardiopulmonar sem particularidades. Exames laboratoriais evidenciaram TP 56,8% de atividade, RNI 4,25, Creatinina de 4,76 mg/dL e Potássio sérico de 4,45 mEq/L. O paciente trazia consigo uma angiogramografia de artérias ilíacas e femorais que evidenciavam uma degeneração aneurismática em artéria Femoral Comum à esquerda, com ponto de ruptura, porém contido. Preparo pré-operatório com hidratação e tentativa de redução do RNI para próximo de 1,5, lançando mão de plasma fresco congelado e Fitomenadiona EV. Após 48 horas de preparo o menor RNI foi de 2,36, sendo optado por intervenção cirúrgica mesmo sem atingir alvo. Realizada, então, correção endovascular de aneurisma roto de ilíaca externa/femoral comum esquerda via aberta por acesso via artéria femoral superficial. Arteriografia intraoperatória visa boa implantação da endoprótese, ausência de escape de fluxo e trânsito arterial adequado. Iniciada antibioticoterapia com Oxacilina EV. No pós-operatório (PO) imediato o paciente permaneceu em UTI, se manteve clinicamente estável, com membros inferiores perfundidos, porém com edema 4+/4+ em MIE, e manteve massa inguinal, sendo agora não pulsátil, equivalendo ao hematoma que continha a rotura do aneurisma. Ao quarto dia de PO, solicitadas Ecocardiografia e Tomografia Torácica para investigar possível aneurisma aorta torácica, além de Ultrassonografia Abdominal (USA) para avaliar Aneurisma de Aorta Abdominal; a USA não mostrou particularidades patológicas, enquanto a TC torácica evidenciou aneurisma com 5,1 cm de diâmetro em aorta ascendente e 8,0 cm em aorta descendente, sem evidências de ruptura ou dissecação, além de infiltrado intersticial difuso de padrão congestivo. A Ecocardiografia evidenciou fração de ejeção ventricular em 37%, aliada a clínica de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Ao sétimo dia de PO se fez necessário desbridamento do hematoma então infectado. Durante o tempo de internação o paciente apresentou descompensação importante de ICC com derrame pleural, trombose venosa profunda e agudização de Insuficiência Renal Crônica e necessidade de ventilação mecânica. Ao vigésimo dia de internação, novo desbridamento local, sem intercorrências. À noite do 20º dia o paciente faleceu por deslocamento da endoprótese e consequente choque hipovolêmico irreversível.

**Discussão.** O diagnóstico de um AFC se torna mais fácil quan-



## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

do se conhece a anatomopatologia da região inguinal e raiz da coxa, de forma a se fazer diagnóstico diferencial claro com abscessos, hérnias inguinais encarceradas ou estranguladas. A história de uma massa inguinal pulsátil praticamente exclui outras patologias benignas de origem não arterial. Os aneurismas da artéria femoral são frequentemente bilaterais e estão claramente associados com a ocorrência de outros aneurismas, como aneurismas aórticos abdominal ou torácico, raiz da importância de estudos complementares na busca de lesões associadas. Ocorrem em idades mais avançadas, geralmente acima de 60 anos, mais comuns no sexo masculino (28:1), e se associam com tabagismo ou aterosclerose em outros sítios<sup>4</sup>. Os aneurismas da AFC se classificam, segundo Cutler e Darling, como Tipo I, quando há comprometimento apenas de femoral comum, e Tipo II, quando há comprometimento até origem da Artéria Femoral Profunda. O tratamento cirúrgico convencional pode ser realizado de maneira similar aos demais aneurismas, seja via técnica de Mattas com enxertia heteróloga sintética, seja via endoaneurismorráfia, além da possibilidade de revascularização com bypass. Quanto à técnica endovascular, a rara disponibilidade de materiais que se adaptem a área anatômica e preservem a bifurcação femoral junto a ausência de estudos de seguimento em longo prazo limitam a terapêutica a casos selecionados<sup>5</sup>. Falam a favor da técnica endovascular pacientes com risco cirúrgico elevado ou impossibilidade de acesso cirúrgico por infecção ou outras causas<sup>6</sup>. A chance de sucesso em qualquer uma das opções terapêuticas para correção de AFC aumenta na ausência de complicações, assim como provável menor mortalidade. Ter em mente a anatomia local, o conhecimento de possíveis patologias relacionadas à região inguinal e raiz da coxa, bem como suas possíveis complicações, seja de origem vascular ou não, faz com que o profissional médico amplie suas possibilidades diagnósticas e aumente sua chance de acerto, de forma a evitar iatrogenias e negligências quanto à doença do paciente, justificando o presente estudo.

### Referências.

1. Corriere MA, Guzman RJ. True and false aneurysms of the femoral artery. *Seminars in Vascular Surgery* 2005;18(4):216-223.
2. O'Hara P. Treatment of femoral and popliteal artery aneurysms. In: Zelenock G, editor. *Mastery of vascular and endovascular surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p. 187e94
3. Levi N, Schroeder TV. True and anastomotic femoral artery aneurysms: is the risk of rupture and thrombosis related to the size of the aneurysms? *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 1999;(2): 111-113.
4. Piffaretti G, Mariscalco G, Tozzi M, Rivolta N, Annoni M, Castelli P. Twenty-year experience of femoral artery aneurysms. *J Vasc Surg* 2011;53(5):1230-6.
5. Moreno J, Corso C. Aneurisma verdadero de la arteria femoral. Reporte de caso. *Rev Colomb Cardiol* 2013;20(1):43-47.
6. Oliveira AF, Oiveira HO. Aneurisma de artéria femoral superficial roto: relato de caso e revisão de literatura. *J Vasc Bras* 2009;8(3):283-288.

## 5. CALCINOSE ESCROTAL DISTRÓFICA: RELATO DE CASO

**Marcele de la Rocha<sup>1</sup>, Fábio Pavan<sup>1</sup>, Anna Carolina Flores Mariath<sup>1</sup>, Jaqueline Brivio<sup>1</sup>, Larissa Neumann<sup>1</sup>, Clauceane Zell<sup>1</sup>, Dennis Baroni Cruz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. marcelepaschoal@gmail.com

**Introdução.** A calcificação patológica constitui um processo mórbido de origem nas alterações metabólicas celulares, que promovem uma deposição anômala de cálcio e de outros sais minerais em locais incomuns. Quando este depósito acomete a pele e o tecido subcutâneo, dá-se o nome de calcinose cutânea. Trata-se de uma condição rara e benigna, restrita à vulva, ao pênis, às mamas e, menos frequentemente, ao escroto. A calcinose escrotal caracteriza-se pelo desenvolvimento progressivo de nódulos na pele escrotal que, se não tratados, podem resultar em uma dramática distorção e destruição do escroto. O presente relato tem por objetivo apresentar um caso desta condição e descrever os seus principais aspectos clínicos e fisiopatológicos.

**Relato.** Homem de 54 anos apresenta lesão escrotal há cerca de uma década, e procura auxílio médico porque esta o constrange perante sua parceira sexual. Ele não tem história de doenças prévias ou de uso de medicamentos contínuos. Não apresentou alterações significativas no exame físico geral. A lesão escrotal era única, nodular, dolorosa, não ulcerada, firme à palpação, media 9,0 x 5,0 milímetros e foi ressecada cirurgicamente. A análise histológica revelou nódulo escrotal intradérmico constituído por material amorfo e homogêneo, compatível com depósitos de cálcio. Na interface lesão-derme, foi evidenciada a presença de células gigantes multinucleadas do tipo corpo-estranho. Tais achados foram consistentes com o diagnóstico de calcinose escrotal distrófica. Durante o acompanhamento, os exames laboratoriais foram normais (inclusive os níveis séricos de cálcio e de fosfato), e não houve recorrência da lesão.

**Discussão.** Aproximadamente cento e cinquenta casos de calcinose escrotal foram descritos. Do ponto de vista fisiopa-

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

tológico, a calcinose escrotal pode ser classificada em: degeneração calcificada de cistos epidérmicos (distrófica), calcificação do músculo cremastérico (metastática), calcificação dos ductos das glândulas sudoríparas e idiopática/indeterminada (maioria dos casos). Os pacientes são geralmente adultos jovens, mas crianças e idosos também podem ser acometidos. As lesões podem ser solitárias ou múltiplas, são de consistência firme e variam de poucos milímetros até mais de 3,0 centímetros de diâmetro; embora sejam frequentemente assintomáticas, dor, prurido e infecção foram relatados. A pele circunjacente pode apresentar ulceração e drenagem de material de coloração esbranquiçada e pastosa. Histologicamente, a calcinose escrotal ocorre no interior da derme e consiste no depósito de grânulos e glóbulos de material calcificado, podendo ser acompanhado pela presença de células gigantes multinucleadas nos casos distróficos. A biópsia pode ser necessária para o diagnóstico diferencial de lesões como neurofibromas, schwannomas, lipomas e fibromas. O tratamento pode ser desnecessário para as lesões assintomáticas, sendo a ressecção cirúrgica indicada para os casos extensos, infectados ou recorrentes.

### Referências.

1. Celik O, Ipekci T, Kazimoglu H. Idiopathic scrotal calcinosis. *Saudi Med J* 2013;34(12):1294-5.
2. Mirfazaelian H, Negahban S, Daneshbod Y. Scrotal Calcinosis. *International Journal of Surgical Pathology* 2014; 22(7): 633.
3. Prabhu R, Sarma YS, Phillip K, Sadhu S. Diffuse Idiopathic Calcinosis Cutis in an Adult: A Rare Case. *Eurasian J Med* 2014; 46:131-4.
4. Saladi RN, Persaud AN, Phelps RG, Cohen SR. Scrotal calcinosis. Is the cause still unknown? *J Am Acad Dermatol* 2004;51(2 Suppl):S97-S101.
5. Tosun Z, Karaçor Z, Özkan A, Toy H, Savac N. Two scrotal calcinosis cases with different causal mechanisms. *Plast Reconstr Surg* 2005;116:1834-1835.
6. Turksoy O, Ozcan N, Tokgoz H. Extratesticular scrotal calcifications: their relationship with sports. *J Ultrasound Med* 2006;25:141-142.

## 6. CAPACITAÇÃO EM EMERGÊNCIA E URGÊNCIA POR MEIO DE ESTÁGIO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Guilherme Leonardo Costa de Moura<sup>1</sup>, Cassiano de Ferri Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. gmoura@mx2.unisc.br

**Introdução.** No Hospital Santa Cruz (HSC), realizamos - se em média 6,3 mil atendimentos mensais na área da emergência. A média diária chega a 200 atendimentos. Dessa forma, o setor de Emergência e Urgência do HSC acaba se tornando uma das melhores áreas/domínios do hospital universitário para desenvolver os conhecimentos e habilidades adquiridos no curso de medicina.

Atendimento em emergência consiste nos conjuntos de ações empregadas ao paciente que necessita de assistência imediata, por apresentar risco iminente de morte (falência dos sinais vitais). Por outro lado, quando as condições do paciente são agudas, contudo, não há perigo iminente de morte - sem risco potencial à vida - estamos diante de uma urgência.

Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos com internações hospitalares, assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e tempo de hospitalização. Assim, uma prestação de assistência mais eficaz está relacionada diretamente com menores números de internações e de morbidades hospitalares por causas externas.

A possibilidade de vivenciar a rotina de um Pronto Atendimento (PA) de referência regional de um hospital terciário, e de trocar experiência e saberes com uma equipe altamente treinada, são alguns dos muitos benefícios de poder acompanhar o serviço.

Esta síntese crítica - descritiva tem por objetivo relatar a experiência adquirida por um acadêmico de medicina durante um estágio de modelo capacitacional no setor de emergência e urgência de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul.

**Relato.** O acompanhamento ao serviço, por regime de estágio voluntário, aconteceu durante o mês de Janeiro de 2015, com uma rotina média de 12 horas por dia, por 11 dias consecutivos. Durante o período do estágio, tivemos uma capacitação contínua realizada pelo residente em clínica médica, Cassiano de Ferri Silva. Essa capacitação contou com aulas e discussões acerca das situações mais prevalentes da emergência médica, as quais todo plantonista deve ter conhecimento ao frequentar o setor. Dentre as várias discussões e aulas, destacaram - se: reanimação em parada cardiorrespiratória (PCR), utilização de drogas na PCR, noções de ventilação mecânica e discussões gerais em clínica médica - com enfoque em cardiologia.

Comumente, ao decorrer do estágio, discutíamos protocolos assistenciais, eletrocardiogramas e manejo dos pacientes com síndromes coronarianas. Além do mais, tivemos muitas noções de interpretação de exames de imagens em emergência (RX, TC, USG). Dessa forma, não só foi nos apresentados uma visão específica das patologias mais prevalentes nesse setor, como também, passaram - nos os processos globais e todas as etapas que devem ser seguidas para o fechamento de um diagnóstico na emergência.

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

A possibilidade de poder praticar procedimentos sendo orientado por preceptores e médicos residentes também foi de enorme importância para o treinamento em habilidades médicas. Destacam-se como as principais práticas médicas realizadas e acompanhadas no estágio: gasometria arterial, intubação orotraqueal, suturas, acessos vasculares, passagem de sondas e drenos, remoções de corpos estranhos (em oftalmologia e otorrinolaringologia), entre outros.

**Discussões.** O modelo de estágio pelo qual passamos, certamente, é um dos melhores e mais proveitosos para os acadêmicos no quesito capacitação/treinamento em emergência. Em estágios convencionais - na maioria das vezes - não há um estímulo e preocupação dos preceptores para que o estagiário aproveite o máximo possível a oportunidade. Bem como, por vezes, não se verifica o interesse do discente em buscar e aprofundar seus conhecimentos. Além do mais, várias instituições hospitalares apenas permitem acompanhamento dos serviços para internos e residentes. Tais fatores supracitados - evidentemente - são negativos para a aquisição de habilidades e saberes. As discussões e treinamentos fornecidos foram de grande valia para o aprendizado em situações críticas, porquanto, conforme fomos capacitados, a vivência no setor nos permitiu praticar essas competências, concretizando, assim, o processo de assimilação das habilidades.

Devido ao fato de muitas escolas médicas terem ainda enormes lacunas quanto à educação nessa área, e por terem um déficit significativo em infraestrutura e recursos humanos, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) desenvolveu alguns projetos e medidas. Dentre tais ações elaboradas, destaca-se o projeto "Situação do ensino de Urgência e Emergência nos cursos de graduação de Medicina", que com a participação de docentes e discentes de várias universidades, algumas recomendações quanto ao ensino nessa área já foram geradas. Desse modo, tais medidas/orientações da ABEM priorizam: a necessidade de um eixo longitudinal para o ensino de Urgência e Emergência dentro da matriz curricular da graduação; programa voltado para Primeiros Socorros ou Suporte Básico de Vida nos dois primeiros anos do curso; inserção dos alunos em atividades/programas de extensão universitária focando a prevenção de acidentes; no terceiro e/ou quarto ano deve haver uma programação com conteúdo e treinamento de habilidades básicas envolvendo emergências traumáticas e não traumáticas, tendo como modelos de programação os cursos de imersão em urgência como o ATLS®; vivência prática no atendimento pré-hospitalar fixo, móvel, na regulação médica e no pronto-atendimento hospitalar; reconhecimento da Medicina de Emergência como especialidade médica para a formação de médicos residentes e futuros professores nesta área; e estratégia para melhor valorização, capacitação dos preceptores, política salarial e fixação dos

profissionais que atuam na Urgência e Emergência.

Destarte, a formação em urgência e emergência começa durante a graduação, tendo levada importância, porquanto a maioria dos médicos recém-formados acaba realizando plantões nesse setor. Não obstante, o PA do HSC, por contar com uma infraestrutura física propícia e com uma equipe proficiente, serviu como um ótimo cenário de vivência e aprendizado. Vale ressaltar, bem assim, a eficiente adequação do curso de medicina da UNISC às normas da ABEM para proporcionar uma melhor capacitação acadêmica. Desse modo, presenciar, atuar, discutir condutas e manejar as principais ocorrências em emergências, foi um fator diferencial do acompanhamento no setor.

## Referências.

1. Fraga GP, Pereira Jr GA, Fontes CER. A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular. In: Lampert JB, Bicudo AM. 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014
2. Mascarenhas, Márcio Dênis Medeiros; Barros, Marilisa Berti de Azevedo. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde - Brasil, 2002 a 2011.
3. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: MS, 2004. 299 p.
4. Pires, Marco Túlio Baccharini et al. Emergências médicas. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, c2014. 1062 p.
5. Gomes AL. Emergência: planejamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1994.
6. Site Hospital Santa Cruz. Disponível em: <<http://www.hospitalstacruz.com.br>> Acesso em 16 de setembro de 2015.
7. Ciconet, Rosane Mortari; Marques, Giselda Quintana; Lima, Maria Alice Dias da Silva. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. Interface (Botucatu), Botucatu 2008; 12(26):659-666.

## 7. CORPOS DE PSAMOMA: UMA PISTA IMPORTANTE NO DIAGNÓSTICO DE EXTENSA NEOPLASIA GINECOLÓGICA

**Laura Junqueira<sup>1</sup>, Lincoln Severo<sup>1</sup>, Maira Strassburger<sup>1</sup>, Larissa Neumann<sup>1</sup>, Clauceane Zell<sup>1</sup>, Rafael Abaid<sup>1</sup>, Denis Baroni Cruz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [laura\\_tjunqueira@hotmail.com](mailto:laura_tjunqueira@hotmail.com)

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

**Introdução.** Os corpos de psamoma são formas de apresentação da calcificação patológica do tipo distrófica que ocorre em tecidos onde há presença de morte celular por necrose. Apesar de ser uma ocorrência normal em alguns órgãos, sua identificação pode ser útil no reconhecimento de doenças específicas. As neoplasias malignas ovarianas são as lesões proliferativas ginecológicas mais letais, sendo de suma importância que seu diagnóstico seja feito de forma ágil. A deposição concêntrica de cálcio, que caracteriza os corpos de psamoma, pode estar presente nos tumores serosos ovarianos, o que facilita seu diagnóstico. O presente relato tem por objetivo apresentar um caso onde a identificação dos corpos de psamoma auxiliou na determinação do sítio primário de uma extensa neoplasia ginecológica e descrever os seus principais aspectos clínicos.

**Relato.** Paciente de 73 anos apresenta dor pélvica há cerca de oito anos, com piora progressiva, até apresentar sangramento importante no último mês, fazendo-a procurar a emergência hospitalar. A paciente referiu nunca ter realizado exame citopatológico de colo uterino, negou uso de medicações e de doenças crônicas. Informou ao médico plantonista que pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde por morar na zona rural de seu município, não conseguiu agendar consulta médica previamente. Ao exame físico apresentava regular estado geral, emagrecimento importante (cerca de 30 kg) e leve distensão abdominal. O exame ginecológico realizado pelo médico especialista de sobreaviso revelou extensa lesão úlcero-vegetante localizada no colo uterino. A ecografia transvaginal realizada evidenciou que a lesão estendia-se ao corpo uterino e que os ovários estavam aumentados bilateralmente. Com a hipótese diagnóstica de neoplasia maligna, a paciente foi submetida à histerectomia total com anexectomia bilateral. O exame histológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, com a presença de corpos de psamoma, com comprometimento de endocérvice, corpo uterino, tuba uterina e ovários bilateralmente. A suspeita do sítio primário como sendo o ovário foi possível pela presença dos corpos de psamoma, pois estes são frequentemente encontrados nas lesões de origem serosas; a complementação com o exame imunoistoquímico confirmou este diagnóstico. A paciente encontra-se em acompanhamento oncológico ambulatorial há três meses, tendo realizado quimioterapia, apresentado complicações pontuais do próprio tratamento.

**Discussão.** O adenocarcinoma de ovário é o tumor ginecológico mais difícil de ser rapidamente diagnosticado e que apresenta uma grande mortalidade. Cerca de 80% dos diagnósticos são feitos quando a doença encontra-se em estágio avançado. Os tumores serosos correspondem a aproximadamente 80% dos adenocarcinomas de ovário. Eles surgem por invaginação do epitélio superficial seroso ovariano e são assim classificados porque secretam líquido seroso. Os corpos de psamoma gerados a partir da aquisição progressiva de camadas de sais de cálcio, criando configurações lamelares –, frequentemente estão associados às invaginações que formam os tumores serosos do ovário e podem ser uma resposta a

agentes irritativos que causam aderências e o aprisionamento do epitélio de superfície. Estes, tanto de baixo quanto de alto grau, apresentam uma propensão à disseminação para superfícies peritoneais e omento, e comumente estão associados à presença de ascite. A extensão da disseminação para fora do ovário determina o estágio da doença. O carcinoma seroso de alto grau exibe padrão de crescimento complexo e infiltração ou obliteração nítida do estroma subjacente. As células podem se tornar tão diferenciadas que as características serosas já não são reconhecíveis. É necessário a análise anatomopatológica para distinguir entre tumores serosos benignos, limítrofes e malignos, porque o exame macroscópico isolado não pode fazer essa distinção. Tudo isso corrobora com a relevância da identificação de corpos de psamoma em neoplasias ginecológicas extensas, como é o caso do presente relato, ao facilitar o reconhecimento do seu sítio primário e estabelecer tratamento e prognóstico.

### Referências.

1. Turksoy O, Ozcan N, Tokgoz H. Extratesticular scrotal calcifications. their relationship. J Ultrasound Med 2006;25: 141–142.
2. Tosun Z, Karaçor Z, Özkan A, Toy H, Savac N. Two scrotal calcinosis cases with different causal mechanisms. Plast Reconstr Surg 2005;116:1834–1835.
3. Berek, Jonathan S. Novak. Tratado de ginecologia. Guanabara Koogan, 12ª ed, 1998.
4. Saladi RN, Persaud AN, Phelps RG, Cohen SR. Scrotal calcinosis. Is the cause still unknown? J Am Acad Dermatol 2004;51:97.

## 8. HANTAVIROSE INFANTIL – UM RELATO DE CASO

**Bruno Kras Friedrich<sup>1</sup>, Matheus Vendramini Chiche<sup>1</sup>, Lucas Cappelletti<sup>1</sup>, Gabriele Jesus Sanches<sup>1</sup>, Eliane Krummenauer<sup>1</sup>, Cynthia Caetano<sup>1</sup>, Marcelo Carneiro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [brunokf@gmail.com](mailto:brunokf@gmail.com)

**Introdução.** As infecções por hantavírus são causadas por um grupo de vírus pertencente a família *Bunyaviridae* e transmitidas a espécie humana pela inalação de aerossóis provenientes das excretas de roedores, mais frequente em áreas rurais ou aglomerações urbanas com condições sanitárias adversas. São doenças emergentes no Brasil e, em todo o mundo, foram relatados poucos casos na população pediátrica.

O Ministério da Saúde brasileiro considera caso suspeito de Hantavirose paciente com doença febril, geralmente acima de 38°C, mialgia, acompanhado de um ou mais dos sintomas:

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

calafrio, astenia, dor abdominal, náusea, vômito e cefaleia, que pode evoluir para insuficiência respiratória aguda, edema pulmonar não cardiogênico, além de doença febril com exposição a mesma fonte de um ou mais casos de hantavirose confirmados laboratorialmente. Acomete com maior frequência homens, em idade produtiva e ambiente de transmissão rural, mas pode também ocorrer na população pediátrica. Hantavirose é uma doença consideravelmente simples e a identificação dessa moléstia é importante, justificando assim a relevância desse relato.

**Relato.** Paciente do sexo masculino, 3 anos, proveniente de área rural de Santa Cruz do Sul, admitido com história de febre, tosse e prostração há três dias. Utilizou antitérmicos com pouca melhora. Ao exame físico apresentava-se com regular estado geral, mucosas levemente desidratadas, taquipneico e com temperatura axilar 38,2° C. Exames complementares demonstraram leucocitose com desvio a esquerda, além de urina com discreta proteinúria e filamentos de muco em grande quantidade. Gasometria e transaminases nos padrões de normalidade. Ao exame radiológico de tórax, infiltrado intersticial reticulado peribrônquico e difuso bilateral. A hipótese diagnóstica foi de leptospirose, iniciada antibioticoterapia com penicilina G cristalina (100.000U/Kg/dia). No segundo dia de internação, apresentou piora no quadro clínico, com episódio convulsivo e diminuição na saturação de oxigênio, além de tremores e rigidez muscular sendo encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva. Recebeu avaliação do infectologista que recomendou a suspensão dos antibióticos e a realização de sorologias para citomegalovírus, hantavírus, leptospirose e febre amarela. Após treze dias, com melhora progressiva do quadro clínico e laboratorial, recebeu alta hospitalar. Foi diagnosticada hantavirose pela presença de anticorpos IgM para hantavírus e outras sorologias não reagentes.

**Discussão.** As manifestações clínicas da hantavirose na criança são semelhantes a encontrada na população adulta com quadro viral inespecífico, o que muitas vezes, gera dificuldade diagnóstica e atraso na terapia durante a evolução da doença. Apesar da gravidade do quadro, o caso apresentou bom desfecho clínico sem sequelas renais ou respiratórias, demonstrando que um tratamento de suporte adequado, uma vez que a doença não possui tratamento específico, iniciado precocemente tem impacto positivo sobre a morbimortalidade por hantavirose.

## 9. ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: ABORDAGEM CIRÚRGICA COM EMBOLECTOMIA DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR

**Keli Martinazzo<sup>1</sup>, Guilherme Reghelin Goulart<sup>1</sup>, Vilian Gustavo Weber<sup>1</sup>, Fabio Andre Tornquist<sup>1</sup>, Rafael Antoniazzi Abaid<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. martinazzokm@gmail.com

**Introdução.** Isquemia mesentérica aguda (IMA) é definida como uma interrupção abrupta na perfusão intestinal, causada, principalmente, por êmbolos ou trombos. É uma condição de elevada mortalidade quando diagnosticada tardiamente. A sintomatologia é inespecífica e de diagnóstico dependente de investigação clínica. As manifestações clássicas da afecção incluem: dor abdominal difusa, vômitos, diarreia, leucocitose e elevação do lactato sérico. A artéria de maior importância clínica é a mesentérica superior, pois irriga todo o intestino delgado e parte do cólon. A IMA corresponde a aproximadamente 1% dos casos de abdome agudo nas emergências. Dentre os exames de imagem disponíveis, o padrão-ouro é a arteriografia. Suas desvantagens incluem, ser um exame invasivo, não disponível em todos os locais e não ser capaz de mostrar achados de sofrimento de alças. Outro método de imagem que pode ser utilizado é a angiotomografia, a qual é capaz de evidenciar êmbolos e trombos intravascular e algumas alterações já visíveis em alças intestinais. A base do tratamento para as IMA de origem embólica consiste em estabilizar o paciente, realizar laparotomia exploradora para ressecção de alças inviáveis com ou sem embolectomia associada para o restabelecimento do fluxo sanguíneo. O pós-operatório deve, preferencialmente, ser realizado em UTI, com programação de second-look para reavaliação de viabilidade do restante do intestino. Uma alta suspeição clínica e o pronto diagnóstico são imprescindíveis para o desfecho favorável desses casos.

**Relato.** Paciente feminina, 67 anos, hipertensa, dislipidêmica, com fibrilação atrial crônica não anticoagulada, procura o PA-SUS com epigastria, sendo medicada com sintomáticos e liberada. Retorna ao PA no dia seguinte com piora da dor, 3 episódios de fezes líquidas com sangue vivo e 10 episódios de vômitos. Na chegada, em REG, FC 47 bpm, abdômen com dor a palpação epigástrica, leucócitos totais de 26.200 (2% de metamielócitos e 15% de bastões) e lactato de 2,3 mmol/L. TC de abdômen evidencia oclusão da artéria mesentérica superior (MAS). Realizado laparotomia exploradora no mesmo dia, com presença de grande segmento do intestino delgado isquêmico, porém não necrótico. Realizada embolectomia da AMS com cateter de Fogarty e reparo vascular com patch de safena. Paciente encaminhada para UTI no pós-operatório, em ayre, com FC 107 e PAM 78. Durante monitorização, constatado TV pleomórfica não sustentada. Second-look em 24 horas com realização de enterectomia e enteroanastomose, identificado aproximadamente 30 cm de jejuno inviável. Pa-

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

ciente retorna para pós-operatório em UTI. Paciente evolui com instabilidade hemodinâmica, com necessidade de drogas vasoativas e ventilação mecânica. Reintervenção abdominal no terceiro dia pós-operatório, com presença de necrose em grande porção do intestino delgado, realizada nova enterectomia, permanecendo cerca de 140cm de intestino sem evidência de necrose. No pós-operatório, paciente evoluiu com labilidade pressórica, acidose metabólica e IRA oligúrica. Durante internação em UTI paciente apresentou novo quadro de TV polimórfica com degeneração para FV, evoluindo a óbito após a segunda PCR.

**Discussão.** O caso em questão deve ser utilizado para alertar sobre a importância de um diagnóstico precoce. Pack et al comprovaram em seu estudo que casos em que a intervenção foi realizada em first-look ou second-look aumentaram significativamente as taxas de sobrevivência dos pacientes. Isso ocorre pois quanto antes o manejo tiver início, melhor será o transoperatório visto que a possibilidade de preservação de alça aumenta diminuindo assim a morbidade do paciente. A correta revascularização é o fator mais importante para a melhora terapêutica do paciente enfermo. Existem diversos fatores de risco que devem ser considerados quando existe a desconfiança de que um quadro de IMA está ocorrendo com o paciente. O conhecimento de tais, bem como a correta anamnese são imprescindíveis para o médico reconhecer a etiologia e assim solicitar os exames cabíveis para a realização do diagnóstico. Um fator que deve ser sempre levado em conta é a idade do paciente. Um problema persistente no manejo de tais casos é o pós-operatório, onde ocorre tanto complicações recentes como tardias causando o aumento da mortalidade. Entre elas estão a falência múltipla de órgãos em função de sepsis generalizada e um novo quadro de IMA resultando em nova intervenção. Conclui-se que para melhor desfecho dessa condição são necessários o conhecimento do médico atendente para realizar o diagnóstico o mais precocemente possível, a correta investigação dos fatores de risco e fatores pré-operatórios, a indicação correta de tratamento, tendo em vista que existem diferentes alternativas dependendo do tipo de IMA e estrutura adequada para observação pós-operatória.

## 10. LESÃO DE COLISÃO ENTRE SIRINGOCISTOADENOMA PAPILÍFERO E CISTO EPIDÉRMICO: RELATO DE UM CASO

Matheus Pedro Strapasson<sup>1</sup>, Andressa Echer<sup>1</sup>, Renata Wetzel Vieira<sup>1</sup>, Gustavo Coronel<sup>1</sup>, Larissa Neumann<sup>1</sup>, Eduardo Pochmann<sup>1</sup>, Dennis Baroni Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. matheus.pedro25@yahoo.com.br

**Introdução.** Os tumores de colisão se caracterizam pela coexistência de duas lesões em um mesmo sítio anatômico. São encontradas com frequência na pele, e podem, muitas vezes, tratar-se de um achado ocasional. Relatamos um caso de colisão entre umiringocistoadenoma papilífero - uma neoplasia anexial benigna incomum originada de células indiferenciadas, tendo seu sítio, na maioria das vezes, em face e couro cabeludo - e um cisto epidérmico - frequentemente localizado em regiões como couro cabeludo, pescoço e tronco. O presente trabalho tem por objetivo apresentar o relato de um caso em que as lesões supracitadas coincidem formando um tumor de colisão, e revisar as principais características dessas afecções dermatológicas.

**Relato.** Paciente de 45 anos, masculino, procura o dermatologista por lesão ulcerada localizada em tórax anterior. O paciente negou o uso de medicações contínuas e de doenças prévias significativas. Ao exame físico, a lesão era ulcerada, drenava um material de aspecto sebáceo e media 9,0 x 6,0 milímetros. Como o paciente tinha histórico familiar de neoplasia melanocítica, foi realizada a exérese cirúrgica lesional. O diagnóstico anatomopatológico evidenciou tratar-se de uma lesão de colisão entre um cisto epidérmico e umiringocistoadenoma papilífero. Por ambas serem lesões benignas, a retirada da lesão foi curativa, não sendo necessário um seguimento ambulatorial do paciente.

**Discussão.** Um tumor de colisão caracteriza a presença de duas lesões independentes em um mesmo sítio anatômico, separadas por uma zona de transição entre os dois tipos histológicos. Embora seja infrequente, a associação de carcinoma basocelular e nevo melanocítico é a mais comum entre as combinações de tumores cutâneos. O cisto epidérmico é uma lesão comum formada pela invaginação e expansão cística da epiderme ou de um folículo piloso. É preenchido por queratina e debris contendo lipídios derivados das secreções sebáceas. Origina-se espontaneamente da hiperplasia do epitélio infundibular, como resultado de um processo inflamatório no folículo piloso, podendo ocorrer isoladamente ou ser multifocal. Clinicamente, apresenta-se bem circunscrito, firme e frequentemente móvel, estando sujeito à ruptura, inflamação e dor. Histologicamente, os cistos são divididos em vários tipos: o cisto de inclusão epidérmica, o cisto pilar ou triquilemal, o cisto dermoide e o esteatocistoma simples. Oiringocistoadenoma papilífero, uma neoplasia benigna que tem origem a partir de células indiferenciadas com potencial de diferenciação apócrina e écrina, está associado, na maioria das vezes, a outras neoplasias benignas, das quais o nevo sebáceo participa em 40% dos casos. Clinicamente, esta neoplasia apresenta lesões variadas e inespecíficas. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histopatológico.

**Referências.**

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

1. Bruno CB, Cordeiro FN, Soares FES, Takano GHS, Mendes LST. Aspectos dermatoscópicos do siringocistoadenoma papilífero associado a nevo sebáceo. *An. Bras. Dermatol* 2011;86(6):1213-6.
2. Chedid HM, Menezes AS, Aikawa KS, Lehn CN, Rapoport A, Mercante AMC, Curioni OA. Tumor de Colisão de Pele e Pescoço. *Rev. Col. Bras. Cir* 2011;38(1):66-70.
3. Medeiros PM, Silva CC, Barcaui CB, Alves NRM, Faria PCP, Piñeiro-Maceira J. Collision of malignant neoplasms of the skin: basosquamous cell carcinoma associated with melanoma. *An Bras Dermatol* 2015;90(3 Suppl 1):S39-42.

## 11. OSTEOPOIQUILOSE: DOENÇA RARA DE DIAGNÓSTICO INCIDENTAL

Omar Mueller Moussalli<sup>1</sup>, Thricy Dhamer<sup>1</sup>, Marciele Pazinato<sup>1</sup>, Eduardo Luis Pochmann<sup>1</sup>

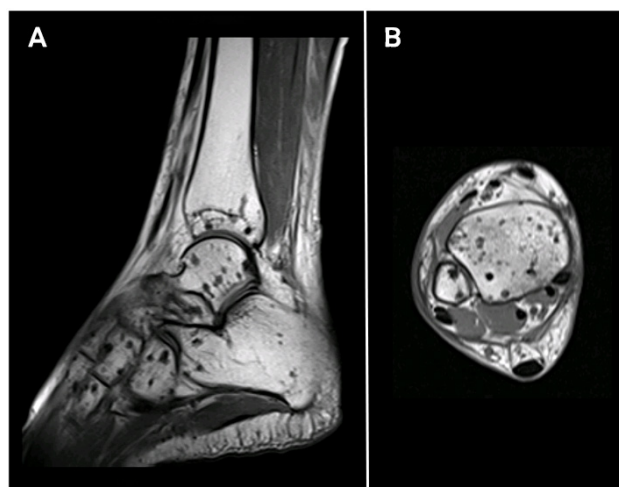
<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [omarmoussalli@live.com](mailto:omarmoussalli@live.com)

**Introdução.** A osteopoiquiose é uma displasia osteoesclerótica, também conhecida como osteopatia condensante disseminada ou doença do osso manchado. Trata-se de uma desordem genética, de transmissão autossômica dominante, descrita primariamente em 1915, porém com pouca informação adicional até o presente momento. Apenas uma minoria dos pacientes apresentam sintomas, de leve intensidade, com edema e dor articular, podendo estar associado com derrame articular e dermatofibrose. Por ser uma doença assintomática/oligosintomática é diagnosticada geralmente ao acaso, por meio de radiografias demonstrando imagens radiopacas, arredondadas ou ovaladas, mais comuns nas regiões periarticulares, semelhante a lesões osteoblásticas. O presente trabalho justifica-se por tratar de uma doença rara, pouco conhecida, cujo principal diagnóstico diferencial é metástase osteoblástica.

**Relato.** Paciente feminina, 32 anos, chega ao Pronto Atendimento após acidente automobilístico de cinemática leve, referindo entorse tíbio-tarsal à D. Realizou radiografia da articulação tíbio-társica direita e pé direito (figura 1), que demonstrou presença de múltiplas imagens de osteoesclerose, ovaladas, radiodensas e homogêneas, sugestivas de osteopoiquiose, tais achados também foram demonstrados em radiografia de antebraço e coluna cervical. Ao questionada, paciente nega sintomas e nega realização de outros exames de imagem até o momento. Paciente encaminhada ao traumatologista para avaliação, sendo solicitados novos exames. A ressonância magnética do tornozelo direito (figura 2) permitiu uma melhor observação das lesões, sendo confirmado o di-



**Figura 1.** A figura A apresenta uma radiografia de tornozelo direito e a Figura B de pé direito. Ambas demonstrando diminutas lesões ovaladas, bem circunscritas, homogêneas e radiodensas.



**Figura 2.** Ressonância magnética de tornozelo direito, onde pode-se visualizar com maior precisão as lesões osteoescleróticas, típicas de osteopoiquiose. Figura A apresenta um corte longitudinal e figura B um corte transverso.

agnóstico de osteopoiquiose. Por tratar-se de doença benigna, assintomática, nenhuma conduta adicional foi proposta, além do acompanhamento clínico regular para observação da evolução da doença.

**Discussão.** Osteopoiquiose (osteopatia condensante disseminada ou doença do osso manchado) é uma displasia óssea esclerótica, descrita primeiramente em 1905, porém, só em 1915 Albers-Schönberg e Ledoux-Lebard descreveram-na completamente<sup>1</sup>. Embora não totalmente elucidado, estudos de famílias afetadas demonstram um padrão de transmis-

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

são autossômico dominante com penetrância variável, podendo haver gerações não afetadas<sup>2</sup>. A etiologia permanece desconhecida até o momento, algumas evidências sugerem associação entre essa condição e outras doenças osteoescleróticas do esqueleto, especialmente a osteopatia estriada e melorreostose<sup>3</sup>.

As manifestações clínicas são usualmente ausentes ou discretas, estando associada a lesões cutâneas em 25% dos casos (dermatofibrose lenticular disseminada, predisposição a formação de quelóides e lesões escleroderma-like) e leve dores articulares em 15 a 20% dos casos, coexistindo ou não a derrame articular<sup>4</sup>. O envolvimento cutâneo com a presença de nódulos fibrosos amarelados na região da derme que tendem a coalescer designa a síndrome de Buschke-Ollendorff<sup>1,5</sup>.

Por tratar-se de uma doença silenciosa, o diagnóstico costuma ser incidental, por meio de radiografia realizada por outros motivos. O estudo radiológico mostra múltiplas pequenas áreas radiodensas, bem definidas, homogêneas, circulares ou ovaladas, de dimensões variáveis. Apresenta, na maioria das vezes, distribuição simétrica, com predileção por epífises e metáfises dos ossos longos tubulares, carpo, tarso, pelve e escápula<sup>2</sup>. O envolvimento de costelas, clavícula, coluna vertebral e crânio é mais raro. Frequentemente, as lesões surgem na infância e persistem por toda a vida, podendo variar em tamanho, número e até mesmo regredir espontaneamente. Histologicamente, as áreas escleróticas são condensações focais de osso compacto lamelar dentro da esponjosa. Os achados microscópicos das lesões são idênticos aos encontrados nas ilhotas ósseas<sup>1,2</sup>.

O diagnóstico diferencial dessa patologia é de extrema importância, já que costuma ser confundido com metástases osteoblásticas, mastocitose e esclerose tuberosa. A distribuição simétrica, o envolvimento metaepifisário, uniformidade em tamanho e cintilografia normal sugerem osteopoiquiose<sup>6</sup>. Foram relatados casos em que esta condição estava associada a osteossarcoma, condrossarcoma e tumor de células gigantes<sup>7,8</sup>.

A osteopoiquiose deve ser destacada dos demais diagnósticos diferenciais, visto que ela tem caráter benigno e não necessita tratamento<sup>1,5</sup>.

### Referências.

1. Tatiana PB, Charllini T, Helivander M. Osteopoiquiose. Acta Reumatol Port 2009;34:668-669.
2. Carvalho ACP, Beze RS, Picinini SE. Osteopoiquiose – Apresentação de um caso e revisão da literatura. Radiol Bras 2002;35:191-192.
3. Gunal I, Kter E. Disorders associated with osteopoiikilosis. Acta Orthop Scand 2003;74:497-499.
4. Cravo AR, Villacreses C, Silva JC. Osteopoiquiose: dois casos clínicos. Acta Reum Port 2006;31:255-260.
5. Pizzol ND, Pizzol MMD. Osteopoiquiose - Relato de caso. Rev Bras Ortop 2002;7:467-469.
6. Sérgio G, Abdalla S. Osteopoiquiose. Jornal da Imagem 2007.
7. Antonio CPC, Rodrigo SB, Sérgio EP. Osteopoiquiose - apresentação de um caso e revisão da literatura. Radiol Bras 2002;35(3):191-192.
8. George P, Athanasios R, Marios S, Sofia S, Basileios P. steopoiikilosis: a case report of a symptomatic patient. J Radiol Case Rep 2009;3(12):38-43.

## 12. PARACOCODIOMICOSE: UM RELATO DE CASO EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Jéssica Chaves<sup>1</sup>, Mariana Grossi<sup>1</sup>, Patrícia Micheli Tabile<sup>1</sup>, Manoela Persch<sup>1</sup>, Amanda Lima Moraes<sup>1</sup>, Marcelo Carneiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. jessykasacht@yahoo.com.br

**Introdução.** A paracoccidiodomicose (PCN) é uma micose sistêmica causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*. A doença é restrita à América Latina. É a principal micose sistêmica no Brasil, com maior frequência nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. A doença é adquirida através da inalação de propágulos do fungo. Nas áreas endêmicas, a infecção primária ocorre durante a infância e envolve o sistema imunológico. A forma crônica do adulto mais frequente é de disseminação multifocal, com envolvimento dos pulmões, linfonodos, pele e mucosas. Essa forma tem evolução crônica com diagnóstico tardio. Tosse, dispneia e perda de peso associada a lesões cutâneas e das mucosas são evidentes e constituem as queixas principais da doença. O Brasil é considerado um centro endêmico com maior prevalência na região sul, sudeste e centro-oeste. A infecção envolve primariamente os pulmões pela inalação do fungo e pode disseminar-se para vários órgãos e sistemas. Os principais sintomas são: insônia, debilidade, inapetência, disfagia, dispneia, febre e perda de peso. Para o diagnóstico a biópsia é recomendada como exame definitivo. O itraconazol é considerado uma excelente opção de tratamento.

**Relato.** G.B., 72 anos, agricultor aposentado, residente de área urbana, previamente hígido, ex-tabagista, interna em serviço de cirurgia vascular do Hospital Santa Cruz/RS para investigação de úlceras crônicas em pé direito (Figura 1). Relatava início das lesões há 3 anos como áreas de eritema seguida por formação de úlceras em toda a planta do pé, com dor modera-



## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

da e sem prurido. Apresentou episódio de remissão completa com recidiva após 3 semanas. Emagrecimento progressivo durante a evolução das lesões, sem demais sintomas constitucionais. Negava contato com químicos, animais peçonhentos, traumas. Ao exame emagrecido, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído e sibilos em hemitórax direito. Extremidades aquecidas, pulso pedioso 4+/4 bilateral. Ausência de sinais de insuficiência venosa crônica. Múltiplas lesões em planta e dedos do pé direito, fundo vermelho, bordas regulares, não secretivas. Sem hiperemia adjacente. Máculas castanhas perilesionais. Pé contralateral normal. Laboratorial: hemograma sem sinais de infecção, fatores para doença auto-imune negativos. Glicemia, triagem renal e hepática, normais. Swab da lesão com pesquisa de fungos negativa. Recebeu avaliação da infectologia e dermatologia. Feita biópsia de pele apresentou padrão característico de paracoccidioidomicose. Rx de tórax com infiltrado difuso e padrão em asa de borboleta com opacidades nodulares e micronodulares difusas (Figura 2). Recebeu alta hospitalar com itraconazol e agendamento de retorno ambulatorial. Seguimento com melhora considerável das lesões.

**Discussão.** Apesar da alta incidência de casos de PCM no Estado do Rio Grande do Sul, não há relatos no município de Santa Cruz do Sul e regiões. Não é uma doença de notificação compulsória, portanto, sua real prevalência não pode ser calculada. No entanto, estima-se que a taxa anual de incidência entre a população brasileira seja de 1 a 3 por 100.000 habitantes e a de mortalidade, de 0,14 por 100.000 habitantes. A infecção pelo *P. brasiliensis* é adquirida nas duas primeiras décadas de vida, e as manifestações ocorrem mais frequentemente entre 30 e 50 anos, com predomínio no sexo masculino, por reativação de foco endógeno latente. Embora pouco frequente na prática clínica diária, em um contexto adequado de exposição a zonas endêmicas, a PCM deve ser considerada como hipótese diagnóstica. Saliencia-se a importância do atendimento multiprofissional com avaliação detalhada e integral do paciente, uma vez que doenças sistêmicas podem se manifestar de variadas formas. Embora constitua uma enfermidade inflamatória que responde satisfatoriamente à terapêutica antifúngica, pode apresentar sequelas graves ou evoluir ao óbito caso o diagnóstico seja retardado ou o tratamento mal conduzido. O diagnóstico precoce é importante visto que o tratamento implica na redução da morbidade e mortalidade de pacientes com esta doença. Portanto, mesmo em regiões de incidência desconhecida, a doença deve ser aventada como diagnóstico diferencial de linfadenopatias. A notificação compulsória deveria ser realizada com o objetivo de se conhecer o seu real comportamento epidemiológico.



Figura 1. Úlcera em pé direito.



Figura 2. Raio X de Tórax com infiltrado difuso e padrão em asa de borboleta.

## Referências.

1. Shikanai-Yasuda MA, Telles Filho FQ, Mendes RP, Colombo AR, Moretti MA. Consenso de paracoccidioidomicose. *Rev Soc Bras Med Trop* 2006;39:297-310.
2. Quagliato Júnior R, Grangeia Tde A, Massucio RA, De Capitani EM, Rezende Sde M, Balthazar AB. Association between

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

paracoccidioidomycosis and tuberculosis: reality and misdiagnosis. *J Bras Pneumol* 2007;33(3):295-300.

3. Palmeiro M, Cherubini K, Yurgel LS, et al. Paracoccidioidomycose – Revisão da Literatura. *Scientia Med* 2005;15(4):274-8.
4. Moreira APV, Moschen AZ, Cardoso AV, et al. "Doenças infecciosas e parasitárias". Ministério da Saúde, Brasília; 2010. p. 318-20.

### 13. SÍNDROME DE TAKOTSUBO: DESCRIÇÃO DA CARDIOPATIA E REVISÃO DE LITERATURA

**Guilherme Leonardo Costa de Moura<sup>1</sup>, Cassiano de Ferri Silva<sup>1</sup>, Rodrigo Longaray Nothen<sup>1</sup>, James Fracasso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [rodrigonthen@hotmail.com](mailto:rodrigonthen@hotmail.com)

**Introdução.** A Síndrome de *Takotsubo* (TS) é uma disfunção sistólica transitória que acomete a região apical do ventrículo esquerdo (VE) e excepcionalmente do ventrículo direito, fazendo com que o VE, na fase aguda, na sístole, adquira a forma que lembra um jarro japonês utilizado para capturar polvo (*Tako*=polvo, *Tsubo*=jarro ou vaso).

Na TS, há um padrão de contração do VE desigual, apresentando discinesia ou acinesia da parede apical ou antero-lateral concomitante a hiperacinesia da parede basal do coração.

A apresentação inicial é um paciente com dor torácica e dispnéia. A avaliação complementar revela: (a) ECG com elevação do segmento ST, ondas T invertidas, QTc alongado e ondas Q patológicas; (b) elevação dos biomarcadores cardíacos (creatina cinase MB, troponinas I e T e peptídeo cerebral natriurético); (c) dilatação do ápice do VE em forma de balão junto a áreas hipocinéticas/acinéticas e hiperacinesias na ressonância magnética cardíaca.

Essas revelações somadas a artérias coronárias normais (confirmado por arteriografia) e ausência de: trauma craniocéfálico, hemorragia intracraniana, feocromocitoma, miocardite e miocardiopatia hipertrófica constituem os critérios diagnósticos da *Mayo Clinic*, que é a escala de critérios mais aceita mundialmente.

Este relato tem por objetivo apresentar um caso de evolução típica da TS, bem como descrever os aspectos da doença fazendo uma breve revisão de literatura.

**Relato.** A.J. L, 50 anos, do sexo feminino, hipertensa, diabética, dislipidêmica e com história de doença pulmonar obstrutiva crônica. Paciente foi admitida no Pronto Atendimento do Hospital Santa Cruz em Setembro de 2015, devido a dor em região precordial há cerca de uma semana da admissão. Eletrocardiograma solicitou evidenciou alterações em parede

ântero-septal sugestivas de isquemia subepicárdica sem supradesnívelamento do segmento ST (IAMSST).

Assim, após o manejo para IAMSST, no mesmo dia da admissão, a paciente foi submetida a cateterismo cardíaco, que apresentou vasos ílesos, portanto, livres de doença obstrutiva coronariana. A ventriculografia mostrou VE de volume e contratilidade normais. Frente a isso, e a elevação de marcador de lesão miocárdica (Troponina I = 5,786 ng/ml [VR: < 0,30 ng/ml]), pensou-se em síndrome coronariana aguda por vasoespasm.

Realizado ecocardiograma, cujo resultado apresentou alterações apicais possivelmente decorrentes de síndrome de Takotsubo: alteração segmentar com acinesia ínfero-apical, ântero-apical e do septo, com boa contratilidade das regiões basais, não se podendo descartar episódio de miocardite.

Com o acompanhamento e manejo instituído, a paciente evoluiu satisfatoriamente, cessaram os sintomas, e se manteve sem dor por mais de 48h. Com clínica e hemodinâmica estáveis e em condições de alta hospitalar a paciente foi liberada com as orientações gerais.

**Discussão.** Há várias hipóteses para a gênese da TS, dentre as mais importantes destacam-se: (1) teoria das catecolaminas (2); teoria da regulação estrogênica (3); variações histológicas e anatômicas e (4) alterações no metabolismo lipídico e mitocondrial dos miócitos.

É uma síndrome rara, com incidência desconhecida devido à insuficiência de estudos, assim, é subdiagnosticada na população. Fora inicialmente descrita no Japão em 1990, havendo posteriormente relatos de casos no mundo Ocidental.

A idade média de apresentação da doença é 68 anos. O quadro geralmente aparece após um evento estressante (brigas, cirurgias, sustos) e é de resolução espontânea. Contudo, deve-se atentar para a formação de trombos intracavitários no VE.

O diagnóstico diferencial da TS inclui: espasmo esofágico, doença do refluxo gastroesofágico, infarto do miocárdio, isquemia do miocárdio, angina instável, síndrome coronariana aguda, dissecação aórtica, miocardite, pericardite aguda, pneumotórax, edema pulmonar cardiogênico, embolia pulmonar, Síndrome de Boerhaave (ruptura espontânea do esôfago), tamponamento cardíaco, choque cardiogênico, miocardiopatia induzida por cocaína, miocardiopatia dilatada, miocardiopatia hipertrófica e espasmo da artéria coronária.

Em suma, apesar de rara, a TS é real e acarreta um acréscimo de morbimortalidade ao paciente e um aumento com custos de saúde aos sistemas de saúde público e privado, seja com medicação, seja com internação. Por ter um forte componente emocional, a anamnese deve ser meticulosa, sempre valorizando queixas subjetivas dos pacientes, como estresse familiar ou instabilidade no emprego. A TS deve ter seu diagnóstico diferencial cogitado em pacientes de maior risco, que são (1) mulheres climatéricas; (2) sétima década de vida e (3) risco psicossocial.

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

### Referências.

1. Girod JP, Messerli AW, Zidar F, Tang WHW, Brener SJ. Tako-Tsubo-like transient left ventricular dysfunction. *Circulation*. 2003;107:E120-E121.
2. Castillo-Rivera AM et al. Takotsubo cardiomyopathy – a clinical review. *Med Sci Monit* 2011;17(6):RA135-147
3. Eliades et al. Thyroid storm and takotsubo cardiomyopathy. *Thyroid* volume 24, number 2, 2014<sup>a</sup> mary ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/thy.2012.0384
4. Sanchez-Jimenez EF. Initial clinical presentation of Takotsubo cardiomyopathy with-a focus on electrocardiographic changes: A literature review of cases. *World J Cardiol* 2013;5(7):228-241.
5. Komamura K, Fukui M, Iwasaku T, Hirofumi S, Masuyama T. Takotsubo cardiomyopathy: Pathophysiology, diagnosis and treatment. *World J Cardiol* 2014;6(7):602-609.

## 14. SÍNDROME DE TAKOTSUBO, UM RELATO DE CASO

Lucas Cappelletti<sup>1</sup>, Bruno Kras Friedrich<sup>1</sup>, Gabriele Jesus Sanches<sup>1</sup>, Marcella Gonçalves Piovesan<sup>1</sup>, Marina Fernandes Bianchi<sup>1</sup>, Marcelo Carneiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. lucaspasteur@gmail.com

**Introdução.** A Síndrome de Takotsubo foi descrita por autores japoneses em 1990 e desde então reconhecida em diversos países e etnias<sup>1</sup>. Também é denominada “Broken Heart Syndrome”, Síndrome do abaloamento apical do ventrículo esquerdo (VE) e Cardiomiopatia do estresse. Caracteriza-se por uma disfunção transitória do VE, geralmente desencadeada por estresse emocional, que confere aspecto em balão ao ventrículo, com hipocinesia apical importante. Pode ocorrer aumento discreto dos marcadores de lesão miocárdica; a alteração eletrocardiográfica mais precoce é a elevação do segmento ST, posteriormente inversão difusa de onda T, eventualmente ondas Q e prolongamento do intervalo QT<sup>1,2</sup>. O curso clínico da cardiomiopatia de Takotsubo pode se assemelhar ao do infarto agudo do miocárdio, com dor torácica típica e alterações eletrocardiográficas, sendo de fundamental importância o conhecimento clínico para realizar o diagnóstico, podendo ser realizado pela cineangiocoronariografia em fase aguda.

**Relato.** M.P.C. sexo feminino, 59 anos, caucasiana, viúva, professora. Fora admitida com dor precordial típica, iniciada após forte estresse físico e emocional relacionado ao trabalho, dispnéia grave e sinais de baixo débito (palidez e hipotensão). Ao exame físico encontrava-se em estado de torpor, com palidez acentuada. À ausculta cardíaca, foram observadas

bulhas rítmicas e taquicardia e à ausculta pulmonar, crepitações em até dois terços inferiores dos campos pulmonares. A paciente apresentava pressão arterial de 87 x 30 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória de 32 irpm e temperatura corporal de 37°C, sem antecedentes relevantes. A eletrocardiografia realizada na admissão revelou supradesnívelamento do segmento ST em parede inferolateral. Exames laboratoriais evidenciaram elevação das enzimas cardíacas, e a radiografia de tórax revelou congestão pulmonar e sombra cardíaca normal. A paciente evoluiu com choque cardiogênico e insuficiência respiratória, sendo necessárias a administração de aminas vasoativas e a utilização de suporte ventilatório. Encaminhada ao laboratório de hemodinâmica, o estudo das coronárias não demonstrou obstruções significativas e a ventriculografia esquerda evidenciou aneurisma da parede anterior em forma semelhante a takotsubo. Após 48 horas, a paciente apresentou melhora clínica significativa, com descontinuidade progressiva das aminas e desmame da ventilação mecânica. Depois de 72 horas de evolução do quadro foi realizada ecocardiografia, que demonstrou acinesia e dilatação da ponta do ventrículo esquerdo, com função sistólica preservada e disfunção diastólica leve por déficit de relaxamento. A paciente recebeu alta no nono dia de internação, e estava estável em uso de aspirina, estatina e inibidor da enzima conversora da angiotensina.

**Discussão.** A cardiomiopatia de takotsubo caracteriza-se por disfunção transitória do ventrículo esquerdo com dor torácica, alterações eletrocardiográficas e liberação discreta de enzimas mimetizando infarto agudo do miocárdio<sup>3</sup>. A ventriculografia esquerda demonstra balonamento apical com hipercinesia do segmento basal do ventrículo, lembrando um halteres ou takotsubo (armadilha utilizada no Japão para pegar polvo). A síndrome descrita apresenta, como peculiaridade, o fato de seu desencadeamento estar ligado a alguns fatores bastante variáveis, sendo um deles o estresse. Todas as situações de estresse apresentam elevação das catecolaminas, que também podem ser causa de disfunção ventricular, como no feocromocitoma<sup>4</sup>. Apesar de a causa ser desconhecida, a estimulação simpática exagerada tem sido proposta como um fator central na fisiopatologia. Pacientes com takotsubo têm maiores níveis de catecolaminas que pacientes com infarto com a mesma classe Killip. Diferenças regionais na sensibilidade ou na inervação adrenérgicas devem explicar apresentações clínicas diferentes e alterações segmentares. Algumas investigações têm sugerido que o espessamento septal é um fator primordial na fisiopatologia da síndrome pela divisão do ventrículo esquerdo, o que resulta em balonamento no ápice, promovendo um disparo secundário para liberação adrenérgica. Precipitada por forte estresse, é mais comum em mulheres com idade variando entre 60 e 75 anos<sup>5</sup>. O sintoma mais comum é

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RELATOS DE EXPERIÊNCIA

a dor retroesternal; entretanto, alguns pacientes apresentam dispnéia, choque ou apenas anormalidades eletrocardiográficas. Os exames laboratoriais revelam elevação de troponina T e, menos frequentemente, da CK-MB. A ausência de coronariopatia obstrutiva significativa e a reversibilidade da disfunção do ventrículo esquerdo são conceitos importantes para o diagnóstico, com restauração da função ventricular até 18 dias do início dos sintomas, em média<sup>6</sup>.

### Referências.

1. Wittstein IS, Thiemann DR, Lima JA, Baughman KL, Schulman SP, Gerstenblith G, et al. Neurohumoral features of myocardial due to sudden emotional stress. *N Engl J Med* 2005;352:539-48.
2. Tsuchihashi K, Ueshima K, Uchida T, Oh-mura N, Kimura K, Owa M, et al. Transient left ventricular apical ballooning without coronary artery stenosis: a novel heart syndrome mimicking acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:11-8.
3. Ishikawa K. "Takotsubo" cardiomyopathy: a syndrome characterized by transient left ventricular apical ballooning that mimics the shape of bottle used for trapping octopus in Japan. *Intern Med* 2004;43(4):275-6.
4. Sousa JM, Knobel M, Buchelle G, Sousa JA, Fisher CH, Born D, et al. Transient ventricular dysfunction (Takotsubo cardiomyopathy). *Arq Bras Cardiol* 2005;84(4):340-2.
5. Bybee KA, Kara T, Prasad A, Lerman A, Barsness GW, Wright RS, et al. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics STsegment elevation myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2004;141:858-65.
6. Vasconcelos JT, Martins S, Sousa JF, Portela A. Takotsubo cardiomyopathy: a rare cause of cardiogenic shock simulating acute myocardial infarction. *Arq Bras Cardiol* 2005;85(2):128-30.

## TRABALHOS INDEPENDENTES - Resumos de Trabalhos Originais

### 1. ABANDONO DO TABAGISMO NA GESTAÇÃO: UM ESTUDO COM PUÉRPERAS ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Jéssica Pinto Ebert<sup>1</sup>, Bruna Polanski Costa<sup>1</sup>, Leonardo Silveira Nascimento<sup>1</sup>, Luana Ferrari<sup>1</sup>, Victória Teles França<sup>1</sup>, Hélio Simão<sup>1</sup>, Fabiani Waechter Renner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [jessicaebert@hotmail.com](mailto:jessicaebert@hotmail.com)

**Introdução.** O tabagismo já foi visto como estilo de vida e, atualmente, é reconhecido como um fator de risco significativo para o adoecimento, sendo hoje a principal causa de morbimortalidade prevenível<sup>1</sup>. Na gestação, o hábito tabágico é ainda mais nocivo, uma vez que acomete mãe e filho. O feto não é simplesmente um fumante passivo que inala fumaça de cigarro involuntariamente em um ambiente aéreo, ele é um ser altamente vulnerável numa fase de risco para o comprometimento do seu desenvolvimento. Diante de todos os malefícios causados pelo uso do cigarro durante a gestação, a promoção do abandono do tabagismo deve ser estimulada sempre. A gestação é um momento favorável para tal prática, pois nesse momento geralmente existe uma grande preocupação com a saúde do feto, o que gera uma importante motivação para que a gestante abandone o tabagismo<sup>2</sup>. Além disso, no período da gestação, a mulher frequentemente está em maior contato com os profissionais da saúde, através do pré-natal. De acordo com referências, aproximadamente 25 a 40% das mulheres fumantes que engravidam tentam parar de fumar na gestação<sup>3</sup>. Assim, justifica-se esse trabalho com intuito de avaliar as taxas de cessação do tabagismo no período gestacional em Santa Cruz do Sul, onde o tabaco é a principal fonte de renda e de empregos.

**Metodologia.** O caminho metodológico foi uma pesquisa de caráter quali-quantitativo através de um estudo transversal. Este estudo foi desenvolvido por bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Redes de Atenção, grupo tutorial "Rede de Atenção Psicossocial", por meio do projeto "Fortalecimento e integração da rede de cuidados a gestantes usuárias de crack e outras drogas". Participaram do estudo puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde, que tiveram parto normal (via vaginal) ou cesáreo, e que estavam internadas na maternidade do Hospital Santa Cruz, localizado no município de Santa Cruz do Sul-RS, em até 48 horas após o parto. O período da coleta dos dados

foi de agosto de 2013 a junho de 2014. Os dados foram obtidos mediante a aplicação de um questionário estruturado às pacientes internadas na referida maternidade durante o período estudado. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao todo, participaram 320 sujeitos de pesquisa. Os critérios de exclusão foram questionários incompletos e as que tiveram gestações gemelares e natimortos - já que a intenção da pesquisa era também estudar os recém-nascidos (RNs), através dos binômios mãe-RN -, restando 314 parturientes para estudo. Os dados foram analisados no software SPSS versão 17.0.

**Resultados.** De um total de 314 questionários analisados, 174 (55,41%) puérperas referiram nunca ter feito consumo de tabaco e 140 (44,9%) referiram ter usado a droga em algum momento. Das gestantes que fizeram uso, 23 (16,43%) não abandonaram o hábito em função da gestação, 69 (49,29%) cessaram antes da gravidez, 33 (23,57%) pararam de fumar no primeiro trimestre, 8 (5,71%) no segundo trimestre e 7 (5,00%) no terceiro trimestre gestacional. Referente às que não interromperam o hábito tabágico, 11 (47,83%) alegaram ter usado pela última vez no dia anterior ao nascimento de seu filho.

**Discussão.** Os dados da pesquisa revelaram que 34,28% das gestantes abandonaram o tabagismo em algum momento da gestação. Esse número está dentro da porcentagem apontada pela literatura, e um dos questionamentos a ser feito é se o número de mulheres que deixaram de fumar na gestação poderia ser maior caso houvesse maior discussão sobre o assunto durante as consultas de pré-natal, a fim de conscientizar as futuras mães acerca dos malefícios que o hábito pode causar aos seus bebês e fornecer-lhes o apoio necessário para abandonar o vício.

Diversos fatores estão relacionados ao abandono do tabagismo na gestação. Sabe-se que um dos mais importantes preditores do hábito de fumar durante a gravidez é ter um parceiro fumante. Deste modo, é importante que os familiares sejam incluídos, principalmente o companheiro, em um esforço para conscientizá-los da necessidade de apoiarem a cessação entre as gestantes fumantes, bem como de proteger as não fumantes da exposição passiva ao tabaco<sup>4,5</sup>. Outro fator que parece ser bastante significativo para o abandono ao tabagismo é o número de filhos. Estudos mostram que há uma menor preocupação com a saúde no grupo de mulheres que fumaram em gestações anteriores e tiveram filhos saudáveis em relação às primigestas<sup>5,6</sup>, evidenciando, novamente, o importante papel do profissional de saúde em desfazer tais conceitos errôneos. Outros fatores citados pela literatura como geradores de vulnerabilidade, não somente para o consumo de cigarro,

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

mas também de outras drogas, são o nível de escolaridade e a idade, alertando para a necessidade de atenção ainda maior perante gestantes com baixa escolaridade e adolescentes.

Embora muitos aspectos influenciem para que a gestante deixe de fumar, sabe-se que o ponto de partida para abandonar o tabagismo é a determinação da pessoa, a crença na própria capacidade para resistir à vontade de fumar. O abandono do fumo acontece como resultado de um processo, às vezes longo e difícil, com sucessos e recaídas, para o qual os indivíduos devem estar preparados.

**Conclusão.** Diante da necessidade de se investir na cessação do tabagismo pelas gestantes, é importante que no pré-natal seja discutido sobre o cigarro, sobre o benefício do abandono e sobre as possibilidades de tratamento. Além disso, esse investimento deve ser estendido para o puerpério, momento em que muitas mulheres voltam a fumar, e para os familiares. A abordagem pode começar com uma consulta individual ou com a formação de grupos, com a intenção de fornecer informações e estimular o autocontrole, para que a gestante possa escapar da dependência e tornar-se um agente de mudança do seu próprio comportamento e saúde.

### Referências.

1. Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa\\_de\\_tabagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf).
2. Leopércio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. J Bras Pneumol 2004; 30(2):176-81.
3. Aagaard-Tillery KM, Porter TF, Lane RH, et al. In utero tobacco exposure is associated with modified effects of maternal factors on fetal growth. Am J Obstet Gynecol 2008;198:66.
4. Halal IS, Victora CG, Barros FC. Determinantes do hábito de fumar e de seu abandono durante a gestação em localidade urbana na região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 1993;27:105-12.
5. McLeod D, Pullon S, Cookson T. Factors that influence changes in smoking behaviour during pregnancy. N Z Med J [serial online] 2003;116(1173).
6. Torrent M, Sunyerb J, Cullinand P, Basagañab X, Harrisd J, Garcíac O, et al. Smoking cessation and associated factors during pregnancy. Gac Sanit 2004;18(3):184-9.

## 2. AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE HELICOBACTER PYLORI BUCAL ENTRE ESCOLARES DA REDE DE SANTA CRUZ DO

## SUL CORRELACIONADA A FATORES DE SAÚDE BUCAL

**Victória Teles França<sup>1</sup>, Jessica Pinto Ebert<sup>1</sup>, Sabine Bergesch Diedrich<sup>1</sup>, Jane Dagmar Pollo Renner<sup>1</sup>, Míria Suzana Burgos<sup>1</sup>, Valeriano Antonio Corbellini<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [victoriatfranca@gmail.com](mailto:victoriatfranca@gmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** *Helicobacter pylori* é um bastonete Gram-negativo de forma espiralada e distribuição universal, sendo considerada a causa de infecção crônica mais frequente em humanos<sup>1</sup>. É inegável a importância clínica da bactéria, que ao invadir a porção inferior do estômago, causa inflamação da mucosa gástrica, tendo papel significativo na patogênese de um largo espectro de afecções em crianças e adultos. Pode ser causa de gastrite crônica, úlceras pépticas gástrica e duodenal, dor abdominal recorrente e, nos casos mais graves da úlcera, provocar hemorragias. Além disso, existem fortes evidências de que esse bastonete aumenta drasticamente o risco de câncer gástrico, o que determina alta mortalidade<sup>1,2</sup>. As principais fontes para a atual prevalência de *H. pylori* estão relacionadas à falta de saneamento básico, água potável e higiene básica, sendo aceitas como formas de transmissão as vias oral-oral, fecal-oral e iatrogênica. Com relação ao sexo, não há prevalência considerável entre homens e mulheres, entretanto, com relação à idade, é na infância que ocorre predomínio da infecção<sup>1</sup>. Estudos vêm implicando a boca como sítio extragástrico mais relevante na epidemiologia desta bactéria, possivelmente devido à co-agregação com a microbiota residente nos biofilmes bucais e à inflamação dos tecidos periodontais, que potencializam a colonização desses biofilmes, aumentando a ocorrência do micro-organismo<sup>3</sup>. Além desses fatores, a presença de cáries também tem sido relacionada com maior prevalência de *H. pylori* bucal<sup>9</sup>. A saliva constitui o principal veículo para transmissão e disseminação de microrganismos presentes na cavidade bucal<sup>4</sup>, sendo seu uso para diagnóstico da infecção por *H. pylori* uma possibilidade atrativa para estudos acerca dessa infecção em crianças, considerando a natureza não invasiva do exame<sup>5</sup>. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é verificar a prevalência de *H. pylori* na saliva de escolares.

**Metodologia.** Foram coletadas amostras de saliva referentes a 306 escolares, na faixa etária de 6 a 18 anos, provenientes de cinco escolas da rede pública e privada de Santa Cruz do Sul, no período de junho a dezembro de 2014. Paralelamente, foram preenchidos questionários sobre dados socioeconômicos, demográficos e de saúde bucal visando à caracterização da população em estudo. As amostras de saliva foram coletadas em frascos de urina estéreis, transportadas até o laboratório e submetidas à coloração pelo método de Gram. Os

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

dados foram organizados em planilha do software *Microsoft Excel* 2010 e analisados.

**Resultados.** Dos 306 escolares avaliados, 135 (44,11%) apresentaram saliva sugestiva de contaminação por *H. pylori*. 178 (58,17%) sujeitos de pesquisa eram meninas, das quais 67 (37,64%) possuíam saliva sugestiva de *H. pylori* e 128 (41,83%) eram meninos, dos quais 68 (53,12%) apresentavam contaminação pela bactéria. 107 indivíduos (34,97%) afirmaram realizar menos de três escovações ao dia, 106 (34,64%) possuíam cárie dentária, 73 (23,85%) apresentavam inflamação gengival e em 36 (11,76%) foram encontrados restos radiculares (raízes residuais de dentes destruídos por cárie). Dentre os indivíduos que afirmaram escovar os dentes menos de três vezes ao dia, 41 (38,32%) apresentaram saliva sugestiva de *H. pylori*. Em 46 (43,40%) dos indivíduos com cárie dentária, em 40 (54,80%) dos escolares com inflamação gengival e em 14 (38,89%) dos indivíduos com restos radiculares, a análise das lâminas evidenciou presença do micro-organismo (bastonete curvo). A distribuição e o número de escolares com *H. pylori* por escola podem ser observadas na figura 1. As Escolas 1, 2 e 3 referem-se a escolas públicas localizadas na periferia, enquanto a Escola 4 refere-se a uma escola particular localizada no centro e a 5 a uma escola pública localizada no centro da cidade.

**Discussão.** A infecção por *H. pylori* tem uma prevalência diferenciada em regiões geográficas distintas, variando de acordo com idade, etnia e condições socioeconômicas<sup>8</sup>. Devido a isso, não há consenso entre os estudos de uma prevalência determinada. Entretanto, sabe-se que a infecção pela bactéria acomete mais da metade da população mundial, sendo mais frequente em países subdesenvolvidos, onde sua prevalência

em adultos alcança índices de até 80%, valores significativamente superiores aos dos países industrializados – 20 a 50%<sup>1,6-8</sup>. No Brasil a prevalência de *H. pylori* tem sido relatada, entre adultos e crianças, em taxas que variam de 34% a 80%, o que evidencia que a prevalência encontrada no estudo (44,11%) está de acordo com a brasileira<sup>7</sup>. Além disso, a porcentagem de contaminação por *H. pylori* em homens (53,12%) e mulheres (58,17%) na pesquisa está de acordo com outros estudos, segundo os quais o sexo não é fator determinante para contaminação por *H. pylori*, não havendo diferença considerável na prevalência da infecção pela bactéria entre homens e mulheres<sup>8</sup>. É possível observar também que a presença do *H. pylori* foi significativa entre crianças que escovavam os dentes menos de três vezes ao dia (38,32%) e que apresentavam cárie dentária (43,40%), inflamação gengival (54,80%) e restos radiculares (38,89%), o que está de acordo com referências que apontam distribuição mais elevada desse micro-organismo em pacientes com condições precárias de higiene bucal<sup>4</sup>. Outro fator de risco para desenvolvimento de infecção por *H. pylori* relaciona-se às condições socioeconômicas da população<sup>1</sup>. No presente estudo não houve diferença significativa de ocorrência de *H. pylori* entre as escolas da rede particular ou pública, nem dentre as localizadas na área central ou periférica da cidade, mostrando apenas uma prevalência mais elevada em uma das escolas estudadas (76,47%), sendo essa pública e localizada na periferia. Esses dados evidenciaram que o fator socioeconômico não foi determinante para diferença de prevalência de *H. pylori* entre as escolas.

**Conclusões.** A prevalência de *H. pylori* é significativa entre os sujeitos da amostra e o número de escolares com saúde bucal precária é alarmante. Assim, no intuito de orientar a

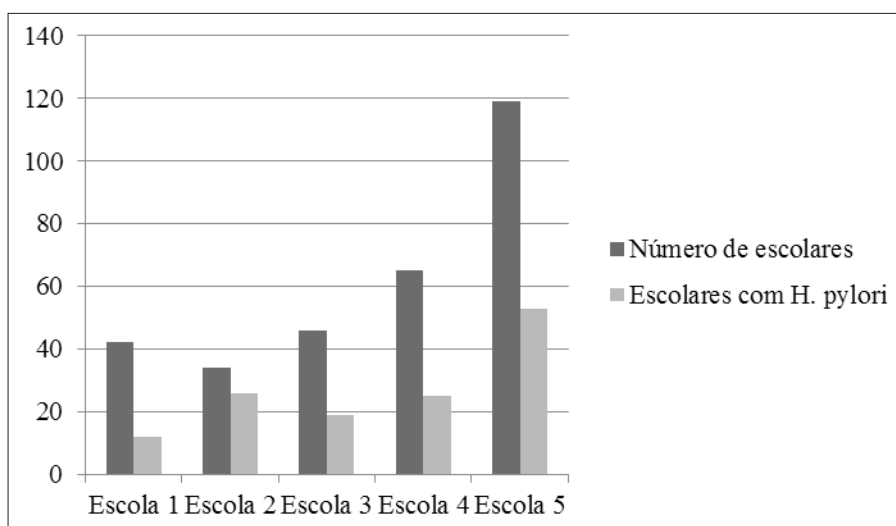


Figura 1. Número de escolares e escolares com *H. pylori* na saliva por escola.

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

população alvo sobre a importância da correta higiene bucal, alerta-se para a grande necessidade de serem implementadas novas medidas de intervenção ou aprimorar as já existentes nas escolas da rede pública e privada de Santa Cruz do Sul. Essas provavelmente acarretariam na diminuição da prevalência de colonização da cavidade oral por *H. pylori* e de seus possíveis malefícios.

### Referências.

1. Kodaira MS, Escobar AMU, Grisi S. Aspectos epidemiológicos do *Helicobacter pylori* na infância e adolescência. Rev de Saúde Pública 2002;36(3):356-69.
2. Vergueiro CSV, Cordioli R, Martucci D, Peres V, Kiyamu AR, Ribeiro KCB, Chiattonne CS. Soroprevalência e fatores associados à infecção pelo *Helicobacter pylori* em doadores de medula óssea do Brasil. Rev Bras de Epidemiol 2008;11(2):196-203.
3. Junior EGJ, Okamoto AC, Schweitzer CM, Pereira MF, Vieira APM, Fajardo RS. *Helicobacter pylori* em boca: epidemiologia e associação com doenças bucais. Arch Health Invest 2014;3(2):48-56.
4. Junior EGJ, Gallo AJ, Schwetzer, CM. Ocorrência de *Helicobacter pylori* na saliva de brasileiros urbanos. Visão Universitária 2014;2(1):21-31.
5. Moura SAB, Gerbi M, Medeiros AMC, Souto MF, Emiliano GBG, Sousa JMA. Identificação de *Helicobacter pylori* na Saliva e Biofilme Dental. International Journal of Dentistry 2004;3(2):349-52.
6. Junior JDDR, Fernandes AB, Santos FS, Silva JHG, Loiola RP, Silva JG, Pereira JO. Soroprevalência da infecção por *Helicobacter pylori* em uma amostra rural do Estado do Amazonas, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde 2012;3(1):33-36.
7. Muller LB, Fagundes RB, Moraes CC, Rampazzo A. Prevalência da infecção por *Helicobacter pylori* e das lesões precursoras do câncer gástrico em pacientes dispépticos. Arq Gastroenterol 2007;44(2):93-98.
8. Parente JML, Parente MPPD. Contexto epidemiológico atual da infecção por *Helicobacter pylori*. GED gastroenterol endosc dig 2010;29(3):86-89.
9. Liu P, Yue J, Han S, Deng T, Fu C, Zhu G, et al. A cross-sectional survey of dental caries, oral hygiene, and *Helicobacter pylori* infection in adults. Asia Pac J Public Health 2013;25(4):49-56.

## 3. AVALIAÇÃO DO CONTROLE GLICÊMICO E METABÓLICO DOS PACIENTES DIABÉTICOS EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA DO

## CURSO DE MEDICINA DA UNISC

Larissa Neumann<sup>1</sup>, Gustavo Biondo<sup>1</sup>, Ana Luísa Machado Freitas<sup>1</sup>, Anelise Ritter Büllow Londero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [larineum@gmail.com](mailto:larineum@gmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** Diabetes Mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de doenças metabólicas caracterizado por hiperglicemia decorrente da deficiente secreção de insulina, resistência periférica à insulina, ou ambas. A hiperglicemia crônica está associada com dano, disfunção e insuficiência de vários órgãos. O DM é um problema de saúde pública e sua prevalência mundial vem crescendo em proporções epidêmicas. Segundo estimativas da Federação Internacional de Diabetes, existem cerca de 285 milhões de diabéticos no planeta e esse número se elevará para, aproximadamente, 440 milhões até 2030. A maioria dos pacientes com DM-2 são assintomáticos ou oligossintomáticos e tem diagnóstico, geralmente, tardio. Isso faz que as complicações micro/macrovaskulares, não raramente, estejam presentes no momento do diagnóstico. Em função das complicações crônicas, os diabéticos apresentam morbimortalidade duas a três vezes maiores do que a população não-diabética, além de redução na expectativa de vida. Intervenções que abordam simultaneamente os múltiplos fatores de risco apresentados pelo paciente diabético reduzem o risco de doença cardiovascular. Tem-se como alvo terapêutico níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) <7,0% na maioria dos pacientes, níveis de glicemia de jejum e pré-prandial <130mg/dL e níveis de glicemia pós-prandial <180mg/dL. O incentivo a cessação do tabagismo, triagem e tratamento das complicações são uma constante no seguimento destes pacientes. A minoria consegue atingir as metas propostas, por isso alcançar os alvos terapêuticos tem se mostrado um grande desafio. Sabendo-se da importância do diagnóstico e tratamento precoces da hiperglicemia e seus fatores associados, almejou-se como objetivo deste estudo traçar o perfil do controle metabólico do paciente diabético em acompanhamento no Ambulatório de Endocrinologia do Curso de Medicina da UNISC (março/2011 a novembro/2013), visando à melhoria do controle glicêmico e distúrbios associados, assim como a triagem e tratamento precoce de possíveis complicações advindas da hiperglicemia crônica.

**Metodologia.** Estudo clínico transversal, com dados retrospectivos e prospectivos coletados de prontuários médicos. A população do estudo foi constituída por pacientes diabéticos tipo 2, acompanhados por pelo menos 6 meses no Ambulatório de Endocrinologia do Curso de Medicina da UNISC, entre março de 2011 e novembro de 2013. Foram incluídos 31 pacientes de acordo com os critérios de inclusão. São eles: ser encaminhados pelo SUS ao ambulatório; estar em tratamento



# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

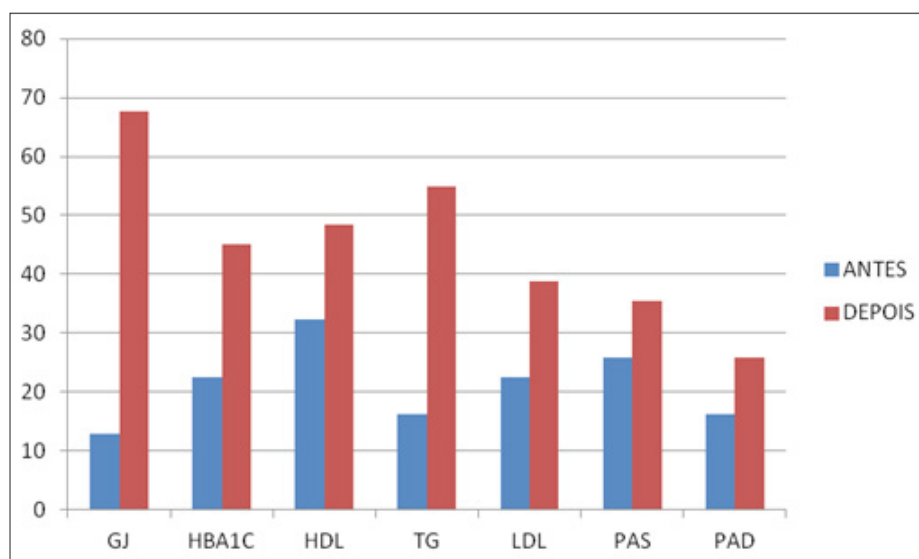
ou não para a patologia em questão; ter pelo menos duas consultas no ambulatório no período de pelo menos 6 meses; ter realizado exame clínico e laboratorial durante o acompanhamento. Foram excluídos do estudo pacientes com Prontuário médico preenchido incompletamente e/ou falta dos dados a serem analisados. Os dados foram analisados através do Excel e o programa SPSS. Para comparação das médias, foi usado o Teste t de Student. Para comparação do HDL do início e fim, foi usado o Teste Qui-quadrado.

**Resultados.** Entre os 31 pacientes incluídos no estudo, média de idade foi de 58,1 anos (dp +8,13), com idades variando de 40 a 80 anos. Foram 19 pacientes mulheres e o tempo médio de diagnóstico de diabetes foi de 9,52 anos (dp +7,07), com variação de 1 a 26. Ao final do acompanhamento, 87,1% dos

pacientes estavam em uso de metformina e 54,84% em uso de insulina. O percentual de usuários de estatina, com objetivo de melhora do controle do colesterol, aumentou de 38,71% para 77,42%. Avaliando nossa amostra em relação à adequação do controle glicêmico e metabólico conforme os valores sugeridos pela American Diabetes Association (ADA) e Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), obtivemos os seguintes resultados, conforme evidenciado na figura 1. As variáveis que apresentaram maiores diferenças entre os resultados clínicos do antes e após o acompanhamento ambulatorial são a GJ (glicemia de jejum;  $P < 0,001$ ), HbA1c (hemoglobina glicosilada;  $P = 0,0012$ ) e TG (triglicerídeos;  $P = 0,045$ ). As variáveis HDL colesterol, LDL colesterol, PAS (pressão arterial sistólica) e PAD (pressão arterial diastólica) não apresentaram diferenças significativas.

**Tabela 1.** Características dos pacientes no início e no fim do acompanhamento.

Exame físico (média+desvio padrão)	N	Início	N	Fim
Peso	30	86,31+20,85	30	85,96+19,19
Circunferência abdominal	29	108,97+15,14	23	107,87+10,34
IMC (peso/altura <sup>2</sup> )	28	33,27+7,89	29	32,83+7,17
PA Sistólica (PAS)	29	132,07+14,47	31	132,10+15,85
PA Diastólica (PAD)	29	84,41+10,58	31	79,68+10,92
<b>Exames Laboratoriais (média+desvio padrão)</b>				
Glicemia jejum (GJ)	30	212,37+88,7	31	127,1+41,08
HbA1c	27	9,15+2,49	31	7,47+1,48
Colesterol total (CT)	26	204,73+35,83	26	188,04+43,06
HDL	24	47,58+10,29	25	47,76+8,36
Triglicerídeos (TG)	26	214,88+109,59	26	162,58+111,82
LDL	22	119,54+35,78	24	110,33+38,96



**Figura 1.** Percentual de pacientes com controle metabólico adequado antes e após o acompanhamento ambulatorial.

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

**Discussão.** A diminuição das complicações micro e macro vasculares é objetivo principal do tratamento do DM2. Por isso, existem metas estabelecidas para o controle de parâmetros como glicemia, pressão arterial e perfil lipídico.

Ao fim do presente estudo, foi traçado o perfil do controle metabólico dos pacientes diabéticos em acompanhamento no Ambulatório de Endocrinologia do Curso de Medicina da UNISC. Viu-se que 67% dos pacientes atingiram a meta para a glicemia de jejum, e 45% para HbA1c. 35,4% dos pacientes obtiveram controle da pressão sistólica, e 26,67% da pressão diastólica. 54,8% dos avaliados encontravam-se com nível adequado de triglicerídeos, 38,7% com níveis de LDL colesterol normais, e a medida do HDL colesterol encontrava-se adequada em 50% dos homens e 47,3% das mulheres.

Observou-se uma melhora estatisticamente significativa nos parâmetros metabólicos glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada e triglicerídeos, o que poderá refletir em uma menor taxa de desfechos negativos no futuro desses pacientes.

Dados do NHANES IV (*National Health and Nutrition Examination Survey*) revelaram que somente 37% dos diabéticos alcançavam valores de HbA1c <7%, enquanto que apenas 7% apresentavam um controle adequado global de HbA1c, pressão arterial e lipídios.

Alguns pontos falhos relacionados ao preenchimento dos prontuários, ao período de análise, relativamente curto, e à falta de seguimento de muitos pacientes são fatores limitantes do presente estudo.

A proporção de pacientes que atingiram as metas preconizadas pela ADA ainda é um desafio na prática diária junto ao paciente diabético.

**Conclusões.** Os resultados deste estudo demonstraram que houve melhora significativa de parâmetros do controle metabólico dos pacientes. Porém, com valores ainda aquém do desejado na busca de um excelente tratamento visando à prevenção de complicações decorrentes do diabetes e das patologias associadas.

Acredita-se que desafio tão ou mais importante que atingir as metas propostas pelas diversas instituições é a manutenção desses valores a longo prazo. Além disso, medidas que estimulem o paciente diabético, portador de uma patologia crônica, a se manter em acompanhamento, preferencialmente, com uma equipe multidisciplinar, é de fundamental importância à manutenção de sua saúde física e mental.

## Referências.

1. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus (Position Statement). *Diabetes Care* 2010; 33(suppl 1):S62-S69.
2. Vilar L, Endocrinologia Clínica: Diabetes Mellitus Classificação

e Diagnóstico, 4ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

3. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27(5):1047-53.
4. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2011. SBD-Sociedade Brasileira de Diabetes. p.1-4.
5. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N Engl J Med* 1993;329:977-86.
6. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003;348:383-93.
7. Inzucchi SE, Bergenstal RM, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach (Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2012;35:1364-1379.
8. Standards of Medical Care in Diabetes-2011. (Position Statement of the American Diabetes Association). *Diabetes Care* 2011;34(suppl 1):p.S11-S61.
9. Panarotto D, Teles AR, Schumacher MV. Fatores associados ao controle glicêmico em pacientes com Diabetes Tipo 2. *Rev Assoc Med Brasil* 2008;54(4):314-21.
10. Vilar L, Endocrinologia Clínica: Diabetes Mellitus □ Classificação e Diagnóstico, 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

## 4. AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS PACIENTES QUE VEM PARA COLETA DE CP EM UM AMBULATÓRIO DA UNIDADE ACADÊMICA

Betania Andres Tomilin<sup>1</sup>, Roberta Dreyer Fernandes<sup>1</sup>, Gabriela Hochscheidt Mahl<sup>1</sup>, Isabel Halmenshlager<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. betaniaandres@hotmail.com

**Introdução.** O câncer de colo do útero possui grande incidência em países desenvolvidos, nos quais os programas para prevenção e detecção desta patologia mostram-se menos eficazes. A incidência é maior em países onde a renda familiar é insuficiente para suprir as necessidades básicas da população. No Brasil, a estratégia utilizada para detecção precoce da doença é o exame preventivo do câncer de colo do útero, ou Papanicolaou. O exame pode ser realizado por profissionais, tanto médicos, quanto enfermeiros, capacitados para tal.

O exame deve ser realizado em todas as mulheres com vida sexual ativa, pelo menos uma vez ao ano. O Ministério da

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

Saúde recomenda que mulheres de 24 a 59 anos realizem o Papanicolau. Após 3 exames anuais consecutivos normais pode ser realizado a cada dois anos.

Apesar de todas as mulheres sejam consideradas com risco para desenvolver câncer de colo uterino, há um perfil mais vulnerável, sendo associado a fatores como: múltiplos parceiros sexuais, sexarca precoce, gestação em idade precoce, tabagismo, alcoolismo, baixa instrução e baixa condição socioeconômica, idade, infecção pelo HIV, história familiar, hereditariedade, higiene inadequada, menarca precoce e menopausa tardia, além da exposição ao papiloma vírus humano (HPV), principal fator de risco.

É de suma importância considerar as especificidades na população feminina atendida: negras, indígenas, brancas, trabalhadores da cidade ou do campo, privadas de convívio social, mulheres que fazem sexo com mulheres, adolescentes, climáticas e menopausadas. Para cada especificidade é preciso relacionar a situação ginecológica, a exposição a DSTs e ao câncer de colo do útero.

Considerando que o exame citopatológico (CP) do colo de útero é utilizado para rastreamento de lesões precursoras do câncer uterino em mulheres sexualmente ativas e que é de fácil acesso para realização no ambulatório de Ginecologia do Hospital Santa Cruz, cabe saber qual o perfil socioeconômico das mulheres atendidas neste ambulatório.

**Metodologia.** Estudo transversal, através da aplicação de questionário do perfil socioeconômico atual para todas as mulheres atendidas no ambulatório de Ginecologia do Hospital Santa Cruz, sob supervisão da Dr. Isabel Halmenschlager; aplicado após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário dispunha dos seguintes itens: idade, cor, grau de escolaridade, tipo de moradia (alugada, própria ou outros), número de habitantes da casa, número de trabalhadores da casa, número de filhos, profissão da paciente e profissão do companheiro, presença de saneamento básico, bairro de moradia e meio de transporte até a consulta. O período de coleta de dados foi de Março à junho do ano de 2015. Após a coleta, os dados foram tabulados no Excel.

**Resultados.** O estudo contou com a participação de um total de 25 mulheres, que representaram toda a demanda atendida no local de pesquisa. A média de idade foi de 51,52 anos; sendo a idade máxima de 66 anos; e a mínima, de 28 anos. Em relação à raça, 20 (80%) das mulheres se consideram brancas; 3 (12%), pardas e 2 (8%), pretas. O grau de escolaridade variou entre as entrevistadas. A maioria, 10 (40%) pacientes, apresenta primeiro grau incompleto; 7 (28%) apresentam segundo grau completo; 4 (16%) não concluíram o segundo grau; 2 (8%) completaram apenas o primeiro grau; apenas 1 (4%) paciente era analfabeta, assim como, apenas 1(4%) possuía ensino superior completo.

Em relação à moradia, 21 (84%) pacientes possuíam casa própria, 3 (12%) moravam em casa aluga e apenas 1 (4%) relatou outra forma relação de moradia. O número de moradores da residência apresentou uma média de 3,16 pessoas; sendo o máximo de 6 pessoas, relatado por uma entrevistada e o mínimo de 1, relatado por 2 entrevistadas. O número de trabalhadores da casa apresentou uma média de 1,88 pessoas. Ainda, todas as pacientes (100%), referiram possuir saneamento básico, composto de água encanada, esgoto e luz elétrica. Em relação ao bairro de moradia, todas pacientes eram residentes em Santa Cruz do Sul, predominando o local de moradia central, sendo que apenas 4 (16%) pacientes residiam em área interiorana da cidade.

Em relação aos filhos, houve uma média de 2,08 filhos por mulher entrevistada, sendo que 1 paciente apresentou o máximo de 5 filhos e outras 3 não os tinham. A maioria (76%) das pacientes eram casadas, apenas 3 (12%) eram viúvas; 2 (8%), divorciadas e 1 (4%), solteira. A profissão das entrevistadas variou bastante, visto que era uma pergunta aberta, mas predominaram as profissionais liberais e aposentadas, sendo que apenas 1 paciente relatou estar desempregada no momento. As mulheres que responderam o questionário como casadas, revelaram que a profissão dos maridos também teve maior características de profissionais liberais (padeiros, comerciantes, motoristas, pedreiros, vigilantes) e, aposentados em menor quantidade.

O meio de transporte usado para vir até a consulta variou entre carro, transporte público, motocicleta ou a pé. 11 pacientes, que representam 44%, vieram de carro. 10 (40%) procuraram o atendimento com transporte público. Apenas 1 (4%) paciente veio de moto. Outras 3 (12%) vieram a pé.

**Discussão.** A partir da análise dos dados da população amostrada, é possível notar que houve uma média de idade das mulheres atendidas condizente com a idade preconizada para rastreamento do câncer cérvico-uterino no Brasil, que é de 24 à 59 anos, visto que essa doença apresenta alto índice de letalidade entre mulheres de várias idades. O pico de incidência desta doença ocorre dos 40 aos 49 anos, sendo dos 20 aos 29 a melhor fase para detecção precoce, onde mais aparecem as lesões precursoras; sendo que essas faixas etárias foram sim atendidas durante o ambulatório.

A raça predominante entre as pacientes foi a branca, com uma taxa de 80% da população estudada, o que pode ser explicado pelo censo do IBGE onde 47,7% da população brasileira é da raça branca<sup>5</sup>. A raça parda foi composta por 12% e a preta por 8% da população. A determinação da raça é importante devido ao fato de que a raça é considerada fator de risco para algumas doenças.

A escolaridade variou bastante entre as entrevistadas, havendo um predomínio de pacientes alfabetizadas, com o primeiro

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

grau incompleto. O baixo nível de escolaridade é um fator de risco a ser considerado para o desenvolvimento do câncer de colo de útero, visto que há uma tendência de essas populações terem acesso mais dificultado aos serviços de saúde, deixando-as mais vulneráveis à evolução da doença.

As condições de moradia da amostra entrevistada eram boas, sendo que a 84% possuía casa própria e todas possuíam saneamento básico e luz elétrica. O número de moradores em cada casa foi de uma média de 3,16, com um máximo de 6 e um mínimo de 1 morador, e a média de trabalhadores na casa foi de 1,88. Os bairros mais predominantes eram em áreas centrais da cidade. Isso pode justificar uma amostra populacional com bom nível socioeconômico, com condições de acesso aos serviços de saúde.

A média de filhos por paciente estudada foi de 2,8, tendo um máximo de 5 e o mínimo de nenhum filho. A gravidez e a amamentação são fatores protetores para alguns tipos de cânceres ginecológicos, portanto, a análise é válida para determinar fatores de risco da população.

Quanto à profissão, foram observadas diversas áreas de atuação, sendo que a agricultura e o comércio foram predominantes. Dentre a população estudada, 56% era economicamente ativa, 40% era aposentada e 4% estava desempregada no momento.

Em relação ao meio de transporte, 48% da população foi à consulta com meio de transporte próprio, como carro ou moto, 40% utilizou o transporte público para a locomoção e 12% foram a pé até o local da consulta. Estes dados corroboram com a Tídeia de que a população que frequenta o ambulatório de ginecologia do Hospital Santa Cruz tem bom nível socioeconômico.

**Conclusão.** A partir do estudo, fica claro que a população atendida no ambulatório de pesquisa é caracterizada por pessoas de classe média, bem orientadas e com bom acesso aos serviços de saúde. Cabe saber, a partir de então, por que pessoas de situação socioeconômica mais baixa não frequentam este ambulatório. O tema pode servir como campo de estudo para próximas análises. Também, são necessários mais estudos para verificar a incidência de câncer de colo de útero nestas mulheres entrevistadas, com vistas a compreender a melhor interação entre o perfil socioeconômico e a doença.

## Referências.

1. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico Profissional de Saúde. Prevenção do Câncer de

Colo de Útero. Brasília, 2002.

3. Casarin, M. R., Piccoli, J. C. E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. Ciências & Saúde Coletiva 2011;16(9):3925-3932.
4. Feldmanm S., Goodman, A., Peipert, J. F. Screening for cervical cancer. Uptodate, 2015.
5. IBGE, Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/pt/resultados>> Acesso em: 14 de setembro de 2015

## 5. AVALIAÇÃO DO USO DE CEFAZOLINA EM PROFILAXIA CIRÚRGICA: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL SANTA CRUZ

**Valdir Borges Dutra Junior<sup>1</sup>, Leandro Matte Voigt<sup>1</sup>, Mayara Machry<sup>1</sup>, Marcelo Carneiro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [valdir\\_dutra@hotmail.com](mailto:valdir_dutra@hotmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** O uso de estatísticas de controle de consumo medicamentoso possui elevada importância quanto a avaliação da racionalidade prescritiva e dos aspectos econômicos de uma instituição frente ao uso de determinado medicamento. A mensuração da DDD (Dose Diária Definida) é utilizada, nesse contexto, para a uniformização dos dados de consumo de antimicrobianos. Busca-se, então, evitar o uso abusivo de tal classe de medicamentos, visando a prevenção do surgimento de cepas resistentes de microrganismos e diminuição de custos hospitalares. Dessa forma, possui papel fundamental no controle e estabelecimento dos padrões de prescrição da instituição como um todo ou de uma área específica dessa: cirúrgica, clínica e obstétrica. Assim, auxilia no controle da utilização regrada e adequada dos recursos terapêuticos pelos profissionais. Através desse trabalho, objetivou-se analisar a DDD de Cefazolina em Profilaxia Cirúrgica da instituição, no período correspondente aos anos de 2005 a 2014, frente à implementação do Controle Prescritivo a partir do Ano de 2006 e do estabelecimento do programa de Residência em Cirurgia, o que acarretou um aumento exponencial no número de procedimentos realizados, especialmente, de cunho traumatológico e cardíaco. Ressalta-se, também, que tal instituição possui um Centro de Controle de Infecções Hospitalares, que ativamente exerce vigilância sobre os quesitos prescritivos.

**Metodologia.** Trata-se de um estudo transversal, no qual foram coletados os dados referentes à utilização de Cefazolina através do banco de dados da Farmácia do Bloco Cirúrgico, de uma instituição hospitalar privada na cidade de Santa Cruz do Sul, em um período correspondente aos anos de 2005 até

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

2014 (Gráfico 1). Ainda, utilizou-se os dados estatísticos gerais da instituição, referentes ao mesmo período, para a obtenção do número de pacientes/dia da Clínica Cirúrgica. Para posterior cálculo de DDD, utilizou-se fórmula padrão recomendada pela Organização Mundial da Saúde.

**Resultados.** Foi analisado, a partir dos dados estatísticos gerais da instituição e do cálculo da dose diária definida, a DDD do antimicrobiano Cefazolina ao longo dos últimos nove anos (de 2005 a 2014), além do número total de frascos do mesmo na data estabelecida. No gráfico 1, nota-se uma diminuição do

### Como calcular:

$$\text{DDD} / 100 \text{ leitos} / \text{dia} = \frac{\text{A} \times 100}{\text{B} \times \text{P}}$$

- A: Número total de frascos utilizados no período;
- B: DDD estabelecida para o medicamento (Cefazolina: 3);
- P: Pacientes/dia no mesmo período considerado;

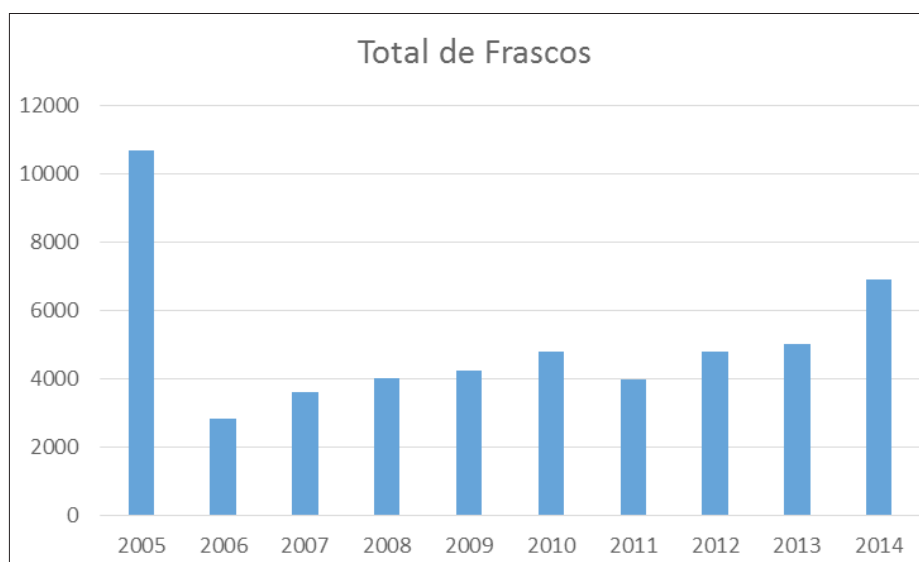


Gráfico 1

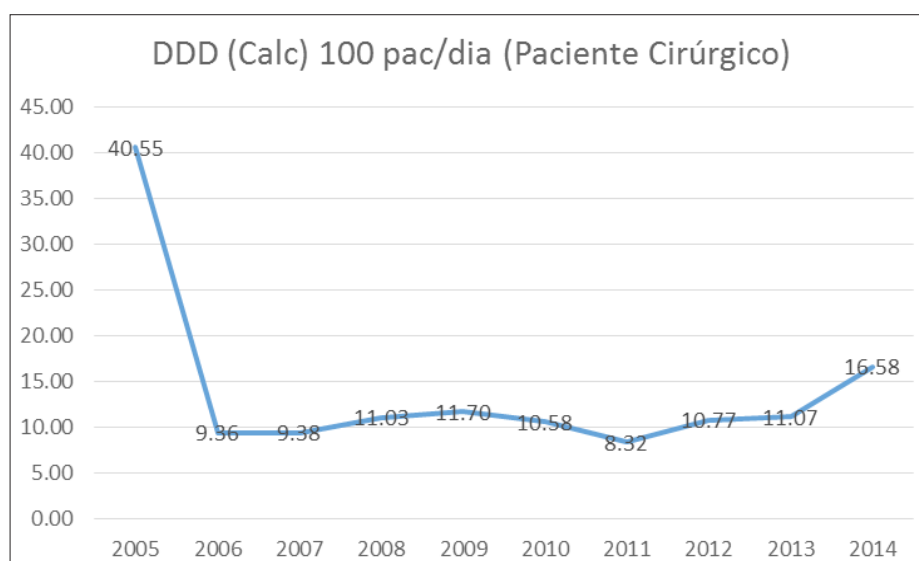


Gráfico 2

## RESUMOS

total de frascos, nos anos de 2005 para 2006, para o antimicrobiano Cefazolina, de 10687 para 2812, uma diminuição de 73,68%. Essa diminuição acarretou, dentre outros fatores, em uma diminuição da DDD para esse mesmo período de 40,55 para 9,36, diminuindo 76,9%, o que pode ser visto no gráfico 2. Ainda no gráfico 2, observa-se uma diminuição dos valores de DDD do ano de 2010 para o ano de 2011, sendo essa diminuição de 10,58 para 8,32 (21,36%). Percebe-se, ainda, um aumento da DDD, do ano de 2013 para 2014, de 31,82 para 44,84 (40,9%), observável no gráfico 2.

**Discussão:** Visto que a DDD é usada como um padrão mensurador da utilização medicamentosa e da exposição da população a essas, estimá-la passa a ser um instrumento imprescindível na avaliação institucional da prescrição racional de medicamentos, em especial dos antibióticos.<sup>1</sup> Tal classe de drogas está entre as mais frequentemente prescritas em hospitais. Aproximadamente, 40%<sup>2</sup> dos pacientes em internação hospitalar recebem antimicrobianos e, em grande parte de estudos realizados, seu uso configurou-se como inadequado. Destarte, observamos o aumento da resistência bacteriana, que acarreta em uma ampliação inevitável dos custos hospitalares, e, também, do risco ao qual os pacientes institucionalizados estarão expostos. No contexto hospitalar, em programas de residência médica, prescritores com menor experiência clínica constantemente realizam decisões terapêuticas em casos agudos e de alta complexidade<sup>1</sup>, fato que, por diversas vezes, culmina na prescrição desnecessária de agente antimicrobianos. Abordar o cálculo da DDD institucional e avaliá-la, segundo as mudanças em termos profissionais e educacionais que ocorrem em uma instituição, torna-se, então, essencial para a diminuição de impactos econômicos e de riscos negativos nesse ambiente. Assim, a realização de trabalhos que buscam expor esses dados é de grande interesse, visando detectar problemas quanto a prescrição local de uma classe medicamentosa, avaliando, também, o padrão em âmbitos sanitários e de localidade geográfica<sup>1</sup>.

**Conclusões.** Conclui-se, através dos dados apresentados, que a implementação de programas de controle de prescrição foram eficientes na diminuição e posterior manutenção nos valores de DDD de Cefazolina, contribuindo, dessa forma, para o uso correto e adequado do medicamento, bem como para a diminuição dos custos hospitalares.

## Referências.

1. RODRIGUES, F.A.; BERTOLDI, A.D. Perfil da utilização de antimicrobianos em um hospital privado. *Revista Ciências e Saúde Coletiva* 2010;15(Supl. 1):1239-1247.
2. GRIMMSMANN, T.; HIMMEL, W. Discrepancies between prescribed and defined daily doses: a matter of patients or drug

classes?. *European Journal of Pharmacology*, 2011.

3. HAWN, M.T.; RICHMAN, J.S.; VICK, C.C. et al. Timing of Surgical Antibiotic Prophylaxis and the Risk of Surgical Site Infection. *JAMA Surgery*, v. 148, n.7, jul. 2013.

## 6. AVALIAÇÃO HISTOLÓGICA CEREBELAR DE CAMUNDONGOS SUBMETIDOS A UM MODELO EXPERIMENTAL DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Larissa Neumann<sup>1</sup>, Eduardo Pochmann<sup>1</sup>, Tatiana Kurtz<sup>1</sup>, Lúcia Beatriz Furtado<sup>1</sup>, Maria Viviane Gomes Muller<sup>1</sup>, Dennis Baroni Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [larineum@gmail.com](mailto:larineum@gmail.com)

**Introdução.** A apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma doença extremamente prevalente, caracterizada por interrupções da respiração durante o sono. Estas são causadas por obstruções das vias aéreas superiores, ocasionando a hipóxia intermitente (HI). Múltiplas são as evidências na literatura que apontam o impacto da AOS sobre a fisiologia e a morfologia dos mais diversos tecidos. O estresse provocado pela AOS está relacionado com complicações cardiovasculares graves (incluindo o acidente vascular cerebral), sonolência diurna e alterações da função neurocognitiva. A AOS também é capaz de causar alterações morfológicas no sistema nervoso central (SNC), como redução no volume de substância cinzenta e modificações do hipocampo esquerdo. Tais alterações se refletem em danos funcionais, como déficits de memória, dificuldade em aprender novas tarefas, fluência verbal alterada e problemas de atenção. O cerebelo também é afetado em pacientes com AOS através da perda de substância cinzenta, resultando em disfunção motora. Diante de tais evidências, faz-se necessário uma investigação através da análise microscópica óptica do efeito da HI sobre a histologia cerebelar.

**Metodologia.** Camundongos CA1 (n = 13) foram expostos a 21 dias de HI, alternando 30 segundos de hipóxia (nadir de FiO<sub>2</sub> de 7%) e 30 segundos de normóxia. Durante 8 horas/dia, os animais sofreram 480 ciclos de hipóxia/reoxigenação. O mesmo número de animais (n = 13) foi utilizado como grupo controle, sendo submetido à simulação de HI (simHI). Ao término da exposição, todos os animais foram anestesiados profundamente e sacrificados. Avaliou-se histologicamente o cerebelo de ambos os grupos quanto à espessura da camada granular de sete folhas cerebelares diferentes, mensuração da área da camada de células de Purkinje e de oligodendrócitos, além das alterações citológicas inflamatórias.

**Resultados.** As espessuras das camadas granulares de sete folhas cerebelares diferentes foram similares (P=0,21). O in-

## RESUMOS

filtrado celular inflamatório apesar de ser maior no grupo HI, não apresentou valor estatístico significativo ( $P=0,20$ ). Os demais parâmetros analisados apresentaram aumento relevante do ponto de vista estatístico no grupo HI: mensuração da área da camada de células de Purkinje ( $P=0,010$ ) e de oligodendrócitos ( $P=0,011$ ).

**Discussão.** Estes resultados sugerem que a exposição à HI, simulando a AOS, induz a apoptose das células de Purkinje e dos oligodendrócitos. Além disso, a AOS parece exercer estímulo sobre o processo inflamatório intracerebelar, fato esse já comprovado sobre outros tecidos. Tais achados podem explicar parcialmente o impacto exercido pela AOS sobre o cerebelo.

**Conclusão.** Os resultados do estudo são promissores, pois algumas das alterações histológicas encontradas não tiveram correspondência no ser humano. Além disso, os resultados apresentados neste estudo são preliminares, pois foram obtidos com a utilização da metade do número de animais previstos. O emprego da técnica de imunistoquímica de forma complementar pode ser útil como complementação das técnicas histológicas.

## Referências.

1. American academy of sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, revised: Diagnostic and coding manual. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2001.
2. Bear MF, Connors BW, Paradiso MA. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
3. Dempsey JA, Veasey SC, Morgan BJ, O'Donnell CP. Pathophysiology of sleep apnea. *Physiol Rev* 2010;90(1):47-112.
4. Kamba M, Suto Y, Ohta Y, Inoue Y, Matsuda E. Cerebral metabolism in sleep apnea. Evaluation by magnetic resonance spectroscopy. *Am. J. Respir. Crit. Care Med* 1997;156(1):296-8.
5. Macey PM, Henderson la, Macey ke, Alger jr, Frysinger rc, Woo ma, Harper rk, Yan-Go fl, Harper rm. Brain morphology associated with obstructive sleep apnea. *Am. J. Respir. Crit. Care Med* 2002;166(10):1382-7.
6. Machado, A. Neuroanatomia funcional. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
7. Morrell MJ, Jackson ML, Twigg GL, Ghiassi R, McRobbie DW, Quest RA, Pardoe H, Pell GS, Abbott DF, Rochford PD, Jackson GD, Pierce RJ, O'Donoghue FJ, Corfield DR. et al. Changes in brain morphology in patients with obstructive sleep apnoea. *Thorax* 2010;65(10):908-14.
8. Pae EK; Chien P; Harper RM. Intermittent hypoxia damages cerebellar cortex and deep nuclei. *Neurosci. Lett* 2005;375(2):123-8.

9. Patil, SP, Schneider H, Schwartz AR, Smith PL. Adult obstructive sleep apnea: pathophysiology and diagnosis. *Chest* 2007;132(1):325-37.

## 7. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE POPULAÇÃO PORTADORA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

Angelina Bopp Nunes<sup>1</sup>, Tássia Callai<sup>1</sup>, Rosângela Marques<sup>1</sup>, Jane Dagmar Pollo Renner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [angelina\\_bopp\\_nunes@hotmail.com](mailto:angelina_bopp_nunes@hotmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre as cinco principais causas de procura por serviço de saúde e constituem um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O uso de preservativo em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal) é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão das DST, no entanto é pouco utilizado pela população brasileira. O objetivo desse estudo foi analisar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes do sexo feminino portadoras de doenças sexualmente transmissíveis (HPV, HIV, Sífilis e Tricomoníase) na cidade de Santa Cruz do Sul no período de 2011 à 2014.

**Metodologia.** Estudo descritivo e retrospectivo, em que foram revisados 76 prontuários de pacientes portadoras de doenças sexualmente transmissíveis na região central do Rio Grande do Sul. Foram analisadas as variáveis epidemiológicas como idade, escolaridade e estado civil. As variáveis número de parceiros, uso de preservativo e sexarca também foram analisadas no trabalho em questão. Foram realizadas análises descritivas no software SPSS v.20.0.

**Resultados.** A idade média das pacientes foi 34 anos ( $\pm 12$  anos). Quanto à escolaridade, 37 possuíam ensino médio completo. Em relação ao estado civil, 29 eram solteiras. Em relação à categoria número de parceiros, a média foi de 5 parceiros ao longo da vida. Quanto ao uso de preservativo, 45 pacientes relataram não usar preservativo nas relações, 76 % das pacientes iniciaram a vida sexual antes dos 18 anos.

**Discussão.** Os resultados mostram que grande porcentagem das pacientes não faz uso de preservativo. A idade precoce da sexarca e idade média também estão de acordo com dados da literatura. A prevalência da escolaridade média mostra que as doenças sexualmente transmissíveis estão relacionadas a diversos níveis de instrução educacional.

**Conclusões.** O perfil epidemiológico da população analisada é de mulheres jovens e com início precoce da vida sexual. Esse estudo ratificou a relação entre uso de preservativo e doença sexualmente transmissíveis na população analisada.

## RESUMOS

### 8. ESTUDO RETROSPECTIVO: SÍFILIS EM GESTANTE E SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL

Marina Fernandes Bianchi<sup>1</sup>, Gabriele Jesus Sanches<sup>1</sup>, Lucas Cappelletti<sup>1</sup>, Marcella Gonçalves Piovesan<sup>1</sup>, Paula Bibiana Müller Nunes<sup>1</sup>, Felipe Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [marina.bianchi@hotmail.com](mailto:marina.bianchi@hotmail.com)

**Introdução.** A sífilis é uma doença infecciosa de transmissão sexual ou transplacentária causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença, sendo também possível a transmissão direta no canal do parto. A sífilis congênita pode evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal. A sorologia para sífilis faz parte dos exames laboratoriais de rotina no pré-natal, e quando identificada, a gestante e o parceiro devem ser tratados a fim de evitar a transmissão vertical. O objetivo do trabalho consiste em relacionar a prevalência de sífilis em gestante com a de sífilis congênita em um período de seis anos no município de Santa Cruz do Sul.

**Metodologia.** Trata-se de um estudo descritivo, por meio de pesquisa epidemiológica da prevalência de sífilis em gestante e sífilis congênita no município de Santa Cruz do Sul, durante o período de 2008 a 2013, em base de dados secundária do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

**Resultados.** No período analisado, foram encontrados 54 casos de sífilis em gestantes e 31 casos de sífilis congênita, configurando um cenário no qual houve 57,4% de transmissão transplacentária ou no canal do parto. 32,25% dos casos de sífilis congênita não realizaram acompanhamento pré-natal e contactou-se um caso de aborto. Por outro lado, 67,74% dos casos de sífilis congênita realizaram acompanhamento pré-natal.

**Discussão:** A partir dos dados, vê-se que há um baixo planejamento das medidas de tratamento, onde pode ocorrer a sua interrupção ou a recontaminação através do parceiro não tratado. Outros fatores também relacionados a esses dados podem estar atrelados à baixa escolaridade, a qual pressupõe pouco conhecimento a cerca dos cuidados de prevenção, e à falta de orientação a cerca dos riscos e dos agravantes da sífilis.

**Conclusões.** Diante da realidade encontrada, é evidente a importância do acompanhamento pré-natal no tratamento das gestantes e na prevenção de sífilis congênita no sentido de evitar complicações da doença para os recém-nascidos e reduzir a incidência de aborto.

### 9. IMPACTOS DA AVICULTURA NA SAÚDE HUMANA: UMA ANÁLISE DE

### MICROORGANISMOS PRESENTES NA CLOACA DE GALINHAS CAIPIRAS E FRANGOS DE GRANJA

Gabriela Hochscheidt Mahl<sup>1</sup>, Jaquiel Bampi<sup>2</sup>, Marcio Bampi<sup>2</sup>, Elton Duarte<sup>2</sup>, Morgana Karin Pierozan<sup>2</sup>, Deise Luiza Mahl<sup>2</sup> (orientador)

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

<sup>2</sup>Faculdades IDEAU, Getúlio Vargas, RS, Brasil.

[gabriela\\_h\\_mahl@yahoo.com.br](mailto:gabriela_h_mahl@yahoo.com.br)

**Introdução.** A avicultura brasileira é um exemplo de atividade e cadeia produtiva de sucesso, mas apresenta a necessidade de intensificar a concentração de animais por área, predispondo a proliferação de bactérias e manifestação de doenças nos consumidores. A maioria das doenças transmitidas por alimentos é transitória e auto-limitada, geralmente com diagnóstico clínico. No entanto, a gravidade do quadro varia conforme o microrganismo causador. A intoxicação alimentar por *Staphylococcus aureus*, frequentemente, tem início abrupto, com náuseas, vômitos, cólicas e diarreia. Essas bactérias são encontradas em alimentos devido à contaminação; sendo o tratamento da moléstia a reposição hidroeletrólítica. Cabe ressaltar que o risco de complicações (e sequelas) nas doenças de origem alimentar depende das espécies causadoras. Por exemplo, *Escherichia coli* produtora da toxina Shiga e *Salmonella* não tifoide são particularmente associadas à morbidade grave. *E. coli enterohemorrágica* (EHEC) capaz de produzir a Shiga, normalmente causa diarreia sanguinolenta, sendo a manifestação mais comum a colite hemorrágica e uma das complicações a Síndrome Hemolítico-Urêmica. O tratamento consiste em cuidados de suporte e acompanhamento de complicações microangiopáticas, pois antibióticos geralmente não trazem benefício nos casos de infecção por EHEC. *Salmonellas* não-tifóides, associadas a reservatórios animais e outros produtos agrícolas, causam uma série de afecções clínicas nos seres humanos, incluindo gastroenterite, febre entérica, bacteremia, infecção endovascular, osteomielite, abscesso, ou até mesmo quadro assintomático. Elas podem passar via transovariana de galinhas para ovos com casca intacta e também têm sido associadas ao consumo de outros produtos frescos de origem vegetal ou animal. O tratamento desses doentes inclui antibioticoterapia. A justificativa deste estudo foi a necessidade de identificar e comparar a presença de microrganismos em dois sistemas de criação de aves através de dois métodos de swab cloacal, a fim de fazer uma análise do tipo de produção que provavelmente teria menor impacto na saúde humana.

**Metodologia.** Trata-se de um estudo observacional analítico transversal, no qual foram avaliadas 16 galinhas caipiras e 16 galinhas de granja, sendo 8 swabs coletados na região interna e 8 na região externa da cloaca. As coletas foram realiza-



# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

das no município de Getúlio Vargas/RS e Aratiba/RS. Foram realizados 16 *swabs* cloacais de galinhas criadas em sistema intensivo (as aves possuíam 47 dias de idade e peso médio de 2,850 Kg). Essa coleta foi realizada no dia do abate, e as aves não estavam consumindo ração medicada há nove dias, estando livres da ação de qualquer fármaco. Outros 16 *swabs* foram realizados em galinhas caipiras no qual as aves são criadas em sistema extensivo (as galinhas possuíam diferentes peso e idade que variavam de quatro a 48 meses e 2,0 a 4,0 kg, respectivamente). Depois disso, a avaliação microbiológica foi realizada no campus II do Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai (Faculdade IDEAU), no Município de Getúlio Vargas/RS, sendo que para a avaliação foram utilizados meios de cultura seletivos: *MacConkey II Ágar*, *Salmonella Shigella Ágar*, *Baird-Parker Ágar*. As coletas e as análises microbiológicas ocorreram em outubro de 2014. Ao final, os resultados foram tabulados no *Excel®* para a análise.

**Resultados.** Observou-se com as coletas se nas amostras havia a presença de *S. aureus*, *Salmonella spp* e *E. coli*. Para *Salmonella spp* em galinhas de granja houve presença em 6,25% dos *swabs* e para as galinhas caipiras a bactéria não esteve presente em nenhuma amostra. Sobre *S. aureus*, verificou-se que não houve sua presença em nenhuma das amostras. Já para *E. coli* nas galinhas de granja encontrou-se 81,25% de presença e nas galinhas caipiras 68,75%, como demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Comparação entre métodos de coleta de swab cloacal em galinhas de granja e galinhas caipira.

Faixa etária	Método de coleta	<i>Salmonella spp</i>	<i>S. aureus</i>	<i>E. coli</i>
Galinhas	Cloacal Interno	0	0	5
Caipiras	Cloacal Externo	0	0	6
Galinhas de	Cloacal Interno	1	0	8
Granja	Cloacal Externo	0	0	5

Fonte: Autores

Este resultado talvez possa ser explicado pelo mecanismo competitivo microbiano, mais desenvolvido em galinhas caipiras.

**Discussão.** De acordo com Berchieri (2000), a introdução, instalação, permanência e disseminação de *Salmonella spp* são favorecidas pelo sistema intensivo na avicultura industrial. Segundo Furlan et al (2004) o maior resultado encontrado em galinhas de granja em relação às galinhas caipiras deve-se ao fato de as bactérias que colonizam o intestino no início da vida das aves são integradas à microbiota intestinal com o passar do tempo. Os pintinhos caipiras desde as primeiras semanas de vida são criados junto com as demais aves de diversas idades, bicando as fezes e ingerindo bactérias que irão fazer

parte da microbiota da ave, inibindo o crescimento de bactérias patogênicas, já que, segundo Fiorentin (2000), pelo princípio da exclusão competitiva dois microrganismos não ocupam simultaneamente o mesmo lugar. Tudo isso, corrobora com os resultados encontrados, evidenciando que as aves criadas no modelo intensivo têm mais chance de transmitir doenças aos humanos, como a diarreia aguda. Além disso, é importante destacar que, em geral, algumas medidas preventivas poderiam ser incluídas como a educação dos manipuladores de alimentos e conscientização sobre o risco da produção de alimentos em larga escala e dos fatores críticos que desencadeiam a produção da enterotoxina. Outra medida é orientação para que se tenha rigorosa higiene pessoal, limpeza das cozinhas e adequado cozimento de alimentos como carnes. Vale lembrar que uma simples, mas importante medida de prevenção para esse tipo de doença e de diversas outras, é o preparo adequado dos alimentos, sendo que se deve evitar consumir carne mal cozida ou totalmente crua, empregando medidas de higiene adequada no preparo.

**Conclusões.** Verificou-se que houve diferença no resultado das análises, sendo que nas galinhas de granja identificou-se a presença das bactérias *Escherichia coli* e *Salmonella spp*. e nas galinhas caipiras somente encontrou-se a bactéria *Escherichia coli*. Dessa forma, observou-se que as galinhas de granja apresentaram maior concentração de bactérias na região cloacal, demonstrando, possivelmente, maior impacto na saúde dos consumidores. Além da atenção a cuidados na produção, como a restrição do número de aves por espaço, também são fundamentais cuidados na preparação desses alimentos, como o cozimento adequado dos produtos oriundos de animais e higiene, a fim de preservar a saúde humana.

## Referências.

- Berchieri J A, Macari, M. Salmoneloses Aviárias. In: FACTA. Doença das Aves. Campinas-SP, cap.4.1 p. 185 - 194, 2000.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: incidence and trends of infection with pathogens transmitted commonly through food--foodborne diseases active surveillance network, 10 U.S. sites, 1996-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011;60:749.
- Fiorentin L. Salmonela Enteritidis: um interessante caso de dinâmica de populações bacterianas. EMBRAPA Suínos e Aves, 2000. Disponível em: <[http://www.cnpqa.embrapa.br/sgc/sgc\\_artigos/artigos\\_g0n486f.html](http://www.cnpqa.embrapa.br/sgc/sgc_artigos/artigos_g0n486f.html)> Acesso em 14 de agosto de 2014.
- Furlan RL, Macari M, Luquetti BC. Como avaliar os efeitos do uso de Prébióticos, probiótico e flora de Exclusão competitiva. 5º simpósio Técnico de Incubação, Matrizes de Corte e Nutrição, Camburiú/SC. Pág 06 – 28, 2004

## RESUMOS

- Gould LH, Walsh KA, Vieira AR, et al. Surveillance for foodborne disease outbreaks - United States, 1998-2008. *MMWR Surveill Summ* 2013;62:1.
- Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Infect Dis* 2001; 32:331.
- Nataro JP, Kaper JB. Diarrheagenic *Escherichia coli*. *Clin Microbiol Rev* 1998;11:142.
- Rosales A, Hofer J, Zimmerhackl LB, et al. Need for long-term follow-up in enterohemorrhagic *Escherichia coli*-associated hemolytic uremic syndrome due to late-emerging sequelae. *Clin Infect Dis* 2012;54:1413.
- Tarr PI, Gordon CA, Chandler WL. Shiga-toxin-producing *Escherichia coli* and haemolytic uraemic syndrome. *Lancet* 2005;365:1073.
- Thielman NM, Guerrant RL. Clinical practice. Acute infectious diarrhea. *N Engl J Med* 2004;350:38.

## 10. MENINGOCÓCICA C CONJUGADA: COBERTURA VACINAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL E NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL NO ANO DE 2014

Gabriele Jesus Sanches<sup>1</sup>, Lucas Cappelletti<sup>1</sup>, Marcella Gonçalves Piovesan<sup>1</sup>, Marina Fernandes Bianchi<sup>1</sup>, Paula Bibiana Müller Nunes<sup>1</sup>, Fabiani Renner<sup>1</sup>, Tatiana Kurtz<sup>1</sup>, Marília Dornelles Bastos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

**Introdução.** A doença meningocócica, principal causa de meningite bacteriana no Brasil, pode se manifestar como uma inflamação nas membranas que revestem o cérebro (meningite) ou como uma infecção generalizada (meningococemia), podendo levar rapidamente à morte. Em 2010, houve a introdução da vacina meningocócica C (conjugada) no calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização para crianças com idades entre três meses a menos de dois anos. A vacina é uma das principais formas de prevenção contra a doença causada pela bactéria *Neisseria meningitidis*. O objetivo do trabalho consiste em conhecer a cobertura vacinal da vacina conjugada contra o meningococo C no município de Santa Cruz do Sul e no Estado do Rio Grande do Sul.

**Metodologia.** Trata-se de um estudo descritivo, por meio de pesquisa epidemiológica. O período analisado foi de Janeiro a Setembro de 2015 com base nos dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).

**Resultados.** No período analisado, Santa Cruz do Sul teve um total de 1.639 doses aplicadas, apresentando uma cobertura

de 104,06%, superando a meta do município. O Estado do Rio Grande do Sul teve um total de 83.943 doses aplicadas, apresentando uma cobertura vacinal de 60,42%.

**Discussão.** O município de Santa Cruz do Sul atingiu uma cobertura vacinal além da meta municipal, com percentual de cobertura superior ao demonstrado em todo o Estado do Rio Grande do Sul. Tais fatores podem estar atrelados ao acesso populacional às vacinas, à informação sobre a doença, ao contato da população com os sistemas e às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

**Conclusões.** A cobertura vacinal verificada no município de Santa Cruz do Sul reflete a preocupação com a prevenção da doença nas crianças e na população em geral, superando as expectativas do Estado como um todo. Sugere-se estudos avaliando a notificação de novos casos da doença no Município e no Estado, a fim de avaliar a efetividade dessa medida de prevenção adotada.

## 11. PERFIL DO PACIENTES COM CATETER VENOSO CENTRAL EM UMA UTI DO INTERIOR DO ESTADO DO RS

Marcelo Maffi<sup>1</sup>, Gabriela Hochscheidt Mahl<sup>1</sup>, Jéssica Chaves<sup>1</sup>, Patrícia Micheli Tabile<sup>1</sup>, Rafaela Kuczynski da Rocha<sup>1</sup>, Eduardo Vestena Rossato<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. maffimcarcelo@gmail.com

**Justificativa e Objetivos.** O uso de cateter venoso central (CVC) representa um significativo avanço médico, particularmente no tratamento de pacientes criticamente enfermos. No entanto, há um alto risco de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter (ICSRC), tratando-se de uma importante causa de morbidade e mortalidade. Sabe-se que o CVC têm sido amplamente utilizado em todo o mundo, mesmo sendo a ICSRC uma possível e grave complicação do seu uso pela necessidade de tratamentos via CVC. Vários estudos sugerem que múltiplas estratégias preventivas devem ser implantadas concomitantemente para reduzir o índice de infecção. Essas intervenções incluem educação dos profissionais, máximas precauções com barreiras na inserção do cateter e utilização de clorexidina para antisepsia da pele. O objetivo do estudo foi identificar as características que envolvem o procedimento de inserção de um cateter central nos pacientes que internam na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Cruz.

**Metodologia.** Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa, realizado através da revisão dos prontuários e exames dos pacientes internados na UTI do Hospital Santa Cruz, no período de maio a julho de 2015. Variáveis analisadas: idade, sexo, tipo de cateter, localização, tempo da cateteri-

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

zação, infecção relacionada ao cateter e desfecho clínico (alta, óbito). A análise estatística foi realizada no Excel 2010.

**Resultados.** Foram analisados 30 prontuários de pacientes cateterizados na UTI do Hospital Santa Cruz, destes, foram excluídos 7 pacientes devido a óbito em menos de 24h após inserção do cateter, cateteres arrancados acidentalmente ou pacientes que receberam alta com o cateter, totalizando 23 pacientes e 42 cateteres. O grupo amostral foi composto de 12 pacientes do sexo feminino (52%) e 11 do masculino (48%). A média de idade foi de 77,09 anos, sendo a idade máxima de 85 anos e a mínima de 38. Em relação ao sítio de inserção do cateter, foram introduzidos 17 cateteres na veia subclávia, representando 40,47%, 14 na veia jugular (33,33%) e 11 na veia femoral (26,2%). Quanto ao tipo de cateter inserido foram 17 monolúmen (40,47%), 16 shilley (38,09%) e 9 duplólúmen (21,44%). O tempo médio de permanência com o cateter foi de 7,23 dias. Dos prontuários e exames analisados, houve apenas uma hemocultura do cateter positiva, em um cateter de veia femoral, com o crescimento de *Enterococcus* sp, porém, com cultura de ponta negativa. O desfecho óbito foi encontrado em 15 prontuários (65,21%) e 9 pacientes receberam alta hospitalar.

**Discussão.** As exclusões de 7 prontuários são justificadas pela impossibilidade da mensuração do tempo de permanência do cateter. Os dados encontrados sobre a variável sexo contrariam estudo semelhante<sup>1</sup>, pois houve predominância do sexo feminino com 52%. Uma justificativa para esse achado seria o reduzido número de pacientes analisados em relação a outros estudos<sup>1,2</sup>. A média de idade foi superior em, aproximadamente, 13 anos comparando com o referencial analisado<sup>1</sup>. Podendo ser justificados pela amostra analisada ser um subgrupo (receberam acesso central) da UTI refletindo em uma população mais idosa e vulnerável ao maior número de comorbidades. Segundo o trabalho Timsit, 2003 o tempo ideal de permanência do acesso venoso central deve ficar na faixa entre 5 e 7 dias divergindo dos resultados encontrados no presente estudo que refere o tempo médio de 7,23 dias. Essa diferença pode ser dividida ao número de cateteres shilley registrados no estudo, visto que, é um cateter que costuma ter menor manipulação na UTI. Quanto ao desfecho clínico, apenas 34,79% receberam alta, diferentemente do encontrado em outro estudo<sup>1</sup>. Esse desacordo entre os trabalhos deve estar relacionado com a reduzida amostra do presente estudo e com o tipo de população estudada. Não foram encontradas infecções da corrente sanguínea relacionadas ao cateter, diferindo dos referenciais teóricos revisados<sup>1,3,6</sup>. Houve uma hemocultura do cateter positivo com crescimento de *Enterococcus* sp, uma das hipóteses seria de contaminação no momento da coleta, visto que era um cateter de veia femoral e o referido germe é comensal do trato gastrointestinal<sup>4</sup>. Referente aos sítios de inserção, encontramos convergência entre

o atual trabalho e o estudo analisado<sup>5</sup>, que elege, em ordem decrescente de preferência, os sítios: subclávia, jugular e femoral. Por último, ao incluirmos o tipo de cateter shilley, usado para hemodiálise, nos acessos duplólúmen teremos uma concordância entre a prevalência de cateteres inseridos na UTI do Hospital Santa Cruz e o estudo comparado<sup>6</sup>, 59,52% e 78,40%, respectivamente.

**Conclusões.** Os pacientes internados na UTI, geralmente, são doentes críticos; pudemos corroborar isso pela alta incidência de óbito (65,21%) entre os prontuários analisados no estudo. Pacientes assim, que apresentam inserção de cateter central, possuem um elevado risco de infecção relacionada com o cateter, o que aumenta a morbidade, mortalidade e os custos dos cuidados de saúde. No estudo, encontrou-se apenas uma hemocultura do cateter positiva, porém, com cultura de ponta negativa; entretanto, mesmo assim, sempre são necessários esforços para evitar a incidência das infecções. Isso porque os cateteres estão entre as causas mais comuns de infecção da corrente sanguínea.

## Referências.

1. Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM* 2012;2(2):320-329.
2. Paiva SAR, Matai O, Resende NO, Campana AO. Análise de uma população de doentes atendidos em unidade de terapia intensiva - estudo observacional de sete anos (1992 - 1999). *RBTI* 2002;14(2):73-80.
3. Sihler KC, et al. Catheter-Related vs. Catheter-Associated BloodStream Infections in the Intensive Care Unit: Incidence, Microbiology, and Implications. *Surgical Infections* 2010;11(6): 529-534.
4. Furtado GHC, et al. Incidência de *Enterococcus* resistente à vancomicina em hospital universitário no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2005;39(1):41-46.
5. O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002;23:759-769
6. Mesiano ERAB, Merchán-Hamann E. Infecções da corrente sanguínea em pacientes em uso de cateter venoso central em unidades de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2007;15(3):453-459.
7. Raad II, Hohn DC, Gilbreath BJ, et al. Prevention of central venous catheter-related infections by using maximal sterile barrier precautions during insertion. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1994;15(4 Pt 1):231-238.
8. Parienti JJ, Thibon P, Heller R, et al. Hand-rubbing with an aqueous alcoholic solution vs. traditional surgical hand-

## RESUMOS

scrubbing and 30-day surgical site infection rates: a randomized equivalence study. *JAMA* 2002;288:722-727.

9. Marques PB, et al. Perfil bacteriano de cultura de ponta de cateter venoso central. *Rev Pan-Amaz Saude* 2011;2(1):53-58

## 12. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR EPILEPSIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUL DO PAÍS NO ANO DE 2014

Fernanda Brands<sup>1</sup>, Fernando Augusto Marion Spengler<sup>1</sup>, Jéssica Calheirana Guzzo<sup>1</sup>, Larissa Neumann<sup>1</sup>, Paula Bibiana Müller Nunes<sup>1</sup>, Antonio Borba<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [fernanda.bredowbrands@gmail.com](mailto:fernanda.bredowbrands@gmail.com)

**Justificativa e Objetivos.** Epilepsia é a condição neurológica crônica mais comum no mundo. Pessoas com epilepsia podem sofrer consequências profundas como morte súbita, ferimentos, problemas psicológicos e transtornos mentais. A epilepsia é definida pela International League Against Epilepsy (ILAE), como a recorrência de crises epiléticas (pelo menos duas espontâneas - não provocadas por febre, insultos agudos do Sistema Nervoso Central (SNC) ou desequilíbrios tóxico-metabólicos graves - em um intervalo de mais de 24 horas; ou pela ocorrência de uma crise não provocada (ou uma crise reflexa) com chance de uma nova crise em pelo menos 60% nos próximos dez anos; e ou ainda pelo diagnóstico de síndrome epilética - transtorno epilético caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que habitualmente ocorrem juntos e que podem ser clínicos ou radiológicos. No Brasil, existem poucos estudos sobre prevalência e nenhum trabalho sobre incidência em epilepsia e consequentemente poucos dados sobre a doença. Desta forma, a realização do presente trabalho busca traçar o perfil epidemiológico das internações por epilepsia em um Hospital Terciário do Sul do país.

**Metodologia.** Realizou-se um estudo transversal quantitativo, de caráter descritivo e retrospectivo. Os dados foram coletados a partir do banco de dados de internações do Hospital referido. Foi utilizada a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), utilizando-se o Capítulo VI - Doenças dos Sistema Nervoso. Foram utilizados os descritores: morbidade hospitalar no período de janeiro de 2009 até dezembro de 2014; faixa etária e sexo.

**Resultados.** Foram encontradas 88 internações por epilepsia no Hospital Santa Cruz. Destas, 15 ocorreram em 2009, 21 em 2010, 11 em 2011, 18 em 2012, 9 em 2013 e 14 em 2014. A maior incidência de internações ocorreu em 2010 com 23,86% dos casos registrados. A idade dos pacientes variou entre um e 93 anos, sendo que a faixa etária com maior incidência foi entre

0-9 anos, correspondendo a 42,04%. Dentre os casos, 52 (59,09%) foram do sexo masculino e 36 (40,91%) do sexo feminino.

**Discussão:** As pessoas com epilepsia comumente deixam de procurar tratamento médico e aderir corretamente a este, contribuindo de maneira significativa para uma lacuna de tratamento. Três quartos das pessoas que desenvolvem epilepsia tem a possibilidade de se livrar das crises através do tratamento. Isto é demonstrado pela reduzida porcentagem de pacientes com epilepsia que necessitaram de internações em relação ao projetado para a população no hospital de estudo nos últimos 5 anos. As taxas de incidência anual de epilepsia na maioria dos estudos oscilam entre 40 e 70/100.000 (Sander, J.W. 1996), se elevando para 122 a 190/100.000 (M. Placencia, 1992) nos países em desenvolvimento. A prevalência mundial da epilepsia é ao redor de 10 a 15/1.000 pessoas (Sander, J.W., 2003), ou seja, em torno de 100 milhões de pessoas no planeta têm, já tiveram ou terão epilepsia em algum momento de suas vidas. Muitas vezes as crises epiléticas são erroneamente diagnosticadas como outras doenças, visto que o diagnóstico da epilepsia é de difícil determinação, com isso, os pacientes permanecem tempo com a condição incorretamente diagnosticada (Sander, J.W. 1996) o que também contribui para o reduzido número de internações por epilepsia. Ressaltamos ainda, que existe a possibilidade de, sendo um estudo retrospectivo através de dados de prontuário, que alguns diagnósticos não tenham sido registrados.

**Conclusões.** A porcentagem de pacientes que necessita internação por epilepsia em relação ao projetado para a prevalência do problema na população de abrangência do Hospital estudado, sugere uma boa aderência dos pacientes e sucesso no tratamento, visto que geralmente os casos de complicações e falhas terapêuticas que necessitam de internação. O estudo encontrou maior incidência de casos na faixa etária entre 1 e 9 anos, orientando um maior cuidado ao tratar epilepsia nesta faixa etária, assim como maior número de casos em pacientes do sexo masculino.

## Referências.

1. Sander JW, Shorvon SD. Epidemiology of the epilepsies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;61(5):433-43.
2. Fischer RS et al. A practical clinical definition of epilepsy. *International League Against Epilepsy* 2014;55(4):475-482. doi: 10.1111/epi.12550
3. Galluci Neto J, Marchetti RL. Aspectos Epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(4):323-8
4. Sander JW. The epidemiology of epilepsy revisited. *Curr Opin Neurol* 2003;16(2):165-70
5. Placencia M, Shorvon SD, Paredes V, Bimos C et al. Epileptic

## RESUMOS

seizures in the andean region of Ecuador: incidence and prevalence and regional variation. The Guarantors of Brain 1992;771-782.

6. Figueiredo L, Trevisol-Bittencourt PC, Ferro JBM. Estudo clínico epidemiológico de pacientes com epilepsia mioclônica juvenil em Santa Catarina. Arq Neuropsiquiatr 1999;57(2-B):401-404.

### 13. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTOXICAÇÕES MEDICAMENTOSAS NO RIO GRANDE DO SUL NO ANO DE 2013

**Fernanda Brands<sup>1</sup>, Elisa Castagna Leitão<sup>1</sup>, Bruna Pedroso Pereira<sup>1</sup>, Augusto de Andrade Sehn<sup>1</sup>, Rafael Botelho Foerges<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. fernanda.bredowbrands@gmail.com

**Justificativa e Objetivos.** Medicamento pode ser definido como produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico, mas que pode ser um potencial causador de dano e óbito. Os processos de intoxicação têm-se transformado num dos mais graves problemas de saúde pública devido à falta de controle e prevenção das intoxicações, associadas a um fácil acesso da população a um número crescente de substâncias com alto grau de toxicidade. O principal agente causador das intoxicações em seres humanos são os medicamentos e a cada ano que passa, esse número cresce progressivamente, mostrando que o uso racional de medicamentos não é um processo fácil de ser instalado. As principais causas de intoxicações medicamentosas acidentais são: automedicação, erros de dosagem, confusão do medicamento e medicamentos ao alcance das crianças. Desta forma, a realização do presente trabalho busca *analisar o perfil epidemiológico das intoxicações medicamentosas no Rio Grande do Sul no ano de 2013.*

**Metodologia.** Realizou-se um estudo transversal quantitativo retrospectivo. Os dados foram coletados a partir do banco de dados do Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul. Foram utilizados os dados do dia 1 de Janeiro de 2013 ao dia 21 de Dezembro de 2013. Os descritores selecionados foram: incidência de casos, circunstância de exposição, faixa etária, sexo, medicamentos mais utilizados.

**Resultados.** No ano de 2013, foram atendidos 6452 casos de intoxicação por medicamentos no Rio Grande do Sul, representando a principal causa, 30,2% do total, de exposição a agentes tóxicos. A circunstância da exposição destes foi: 3206 casos foram por tentativa de homicídio (49,69%), 2220 por acidentes individuais (34,4%), 381 por erro na administração (5,9%), 161 por automedicação (2,49%), 151 por uso

terapêutico inadequado (2,35%), 17 por acidentes coletivos (0,27%), 14 por acidentes ocupacionais (0,22%), 8 casos por erro na prescrição médica (0,13%) e 294 por outras circunstâncias (4,55%). A faixa etária com maior incidência foi de 1 a 4 anos com 1859 casos (28,8%), seguida da faixa entre 20 a 29 anos com 1061 casos (16,44%). Dentre o total de atendimentos, 2305 (35,72%) foram pacientes do sexo masculino e 4144 (64,22%) o sexo feminino, 3 (0,06%) pacientes não tiveram o sexo determinado. 10 (0,15%) dos casos terminaram em óbito, sendo três do sexo masculino e sete do sexo feminino, representando 24,4% do total de mortes por exposição a agentes tóxicos. Como uma pessoa pode ter sido exposta a mais de um agente com potencial tóxico, ou mesmo ser exposta a um produto comercial que na sua composição tenha mais de uma substância (prática comum nos produtos farmacêuticos) a totalização da análise por agente da intoxicação não é similar à totalização realizada nos dados de Atendimento. Com isso, o total de medicamentos utilizados foi de 10441. Destes, a principal classe de medicamentos utilizada nas intoxicações é a dos benzodiazepínicos com 1911 casos (18,11%), seguida dos antidepressivos com 1557 casos (14,91%) e dos anticonvulsivantes com 907 (8,6%).

**Discussão:** A Organização Mundial de Saúde diz que há uso racional de medicamentos quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade. Porém, o que se observa, mostra uma realidade bastante diferente. Este estudo oferece um panorama farmacoepidemiológico da situação da incidência da intoxicação com medicamentos no Rio Grande do Sul no ano de 2013. Este indicador de saúde pode ser um reflexo do padrão de consumo dos medicamentos no Estado atrelado à demonstração da necessidade de aprimoramento das políticas de vigilância sanitária ao uso irracional destas substâncias. Dados de 1993 a 2005 mostram que os medicamentos respondem por 27% das intoxicações no Brasil - sendo a principal causa destas - e 16% dos casos de morte por intoxicações são causados por medicamentos (Aquino D.S. 2008). 35,83% dos casos no país são em pacientes do sexo masculino e 63,16% do sexo feminino; 33,15% foram na faixa etária entre 1 a 4 anos, com a maior incidência, seguida da faixa entre 20 a 29 anos com 18,40% dos casos e que a principal circunstância do óbito por intoxicação com medicamentos no país é o suicídio (44%) (Bortoletto ME, Bochner R. 1999).

**Conclusões.** Os dados encontrados no Estado do Rio Grande do Sul corroboram com os dados nacionais encontrados e mostram que as intoxicações medicamentosas são a principal causa de intoxicação por agentes externos; que o sexo feminino apresenta o maior número de casos, sendo quase o do-

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

bro do número de casos com pacientes do sexo masculino; que a faixa etária entre 1 a 4 anos é a mais afetada, mostrando que a curiosidade natural a essa faixa etária, associada ao desenvolvimento motor, aumentam o risco de exposição. Dados sobre os medicamentos mais utilizados no país não foram encontrados, porém no Rio Grande do Sul, os benzodiazepínicos lideram. O conjunto de dados apresentados demonstra que as intoxicações medicamentosas constituem um grave problema de saúde pública, que necessita de intervenções no campo da prevenção e da promoção, com vistas à redução do impacto provocado por estes agentes no quadro da morbimortalidade do país.

### Referências.

1. Bortoletto ME, Bochner R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 1999;15(4):859-869.
2. Aquino DS. Porque o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva* 2008;13(Sup):733-736.
3. Matos GC et al. Intoxicações medicamentosas em crianças menores de cinco anos. *Rev. bras. saúde matern. infant.*, Recife 2002;2(2):167-176.
4. Mota DM et al. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(1):61-70.
5. RS. SES. FEPPS. Centro de Informação Toxicológica. Toxicovigilância - Toxicologia clínica: dados e indicadores selecionados Rio Grande do Sul, 2013. Porto Alegre: CIT/RS, 2013. Disponível em: <http://www.cit.rs.gov.br/images/stories/201302.pdf>. Acessado em 23/09/2015.

## 14. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITE NA CIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL NO ANO DE 2015.

**Aglaupe Ferreira Bonfim Pereira<sup>1</sup>, Gabriela Hochscheidt Mahl<sup>1</sup>, Giulia Rubin Fuga<sup>1</sup>, Letícia Lanzarin Gehm<sup>1</sup>, Mariana da Costa Magalhães<sup>1</sup>, Cristiane Pimentel Hernandes<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [aglaupe.21@gmail.com](mailto:aglaupe.21@gmail.com)

**Introdução.** A meningite é a ocorrência de um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro, que pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, micobactérias, vírus, fungos, parasitas e agentes não infecciosos. No entanto, as meningites de origem infecciosa são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela maior ocorrência e potencial de produzir surtos. A meningite é considerada uma doença endêmica no Brasil,

sendo assim, esperados casos da doença ao longo do ano, obedecendo à distribuição geográfica e sazonal. O diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para um bom prognóstico da doença, sendo isso muitas vezes associado ao acompanhamento epidemiológico da doença. A população deve ser orientada sobre os sinais e sintomas da doença e, também, sobre hábitos, condições de higiene e disponibilidade de outras medidas de controle e prevenção. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo analisar a prevalência de casos confirmados de meningite e a mortalidade em decorrência da doença, na cidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul no ano de 2015, estabelecendo um comparativo com anos anteriores; e como justificativa a necessidade de estudar a situação epidemiológica da meningite no município.

**Metodologia.** Trata-se de um estudo transversal, observacional, através da análise dos dados do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) de casos confirmados e óbitos notificados por meningites para a cidade de Santa Cruz do Sul, no ano de 2015.

**Resultados.** O número de casos confirmados de meningite no ano de 2015, notificados até o dia 12 de setembro de 2015, foi 15 e o número de óbitos foi 4 (26,6%), em 2012 o total foi de 6 e não houveram óbitos, em 2013 foram 6 e 1 óbito (16,6%), no ano 2014 foram 9 casos confirmados e 2 óbitos (22,2%). Dos casos confirmados em 2015, 2 (13,3%) ocorreram na faixa etária de 0 a 2 anos; 1 (6,6%) na faixa etária de 3 a 10 anos e 12 casos (80%) para faixa etária maior de 10 anos. Um caso (6,6%) foi associado a meningococemia, 3 casos (20%) foram de etiologia viral, 3 casos (20%) de etiologia bacteriana, 2 casos (13,3%) de meningite fúngica e 2 casos (13,3%) de meningite tuberculosa. Quatro casos (26,6%) foram confirmados para meningite pneumocócica. Dos 4 óbitos ocorridos em 2015, 3 eram de etiologia pneumocócica.

**Discussão.** Observou-se que entre os anos estudados o maior número de casos confirmados e maior número de óbitos ocorreram no ano de 2015, mesmo sem ainda ter acabado o ano. A etiologia que apresentou maior mortalidade no ano de 2015 foi a meningite pneumocócica. A resistência do pneumococo aos antimicrobianos, principalmente devido ao subtipo 14, é debatida desde 1967, existe atualmente vacinação que contempla algumas cepas do microorganismo, como, vacina anti-pneumocócica 23-valente, contém 23 antígenos capsulares polissacarídeos do *S. pneumoniae*, e é capaz de cobrir mais de 85% dos sorotipos que causam doença pneumocócica. Existem também as vacinas anti-pneumocócica 7, 10 e 13 valentes conjugadas, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza a vacina pneumocócica 10-valente, sorotipos 1, 5, e 7F. O pneumococo faz parte da colonização do trato respiratório superior nos indivíduos hígidos, e a meningite pneumocócica ocorre durante todo o decorrer do ano e pode atingir todas

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

as idades, especialmente as crianças menores de um ano. Corresponde a segunda causa de meningite bacteriana no Brasil. Existem 90 sorotipos de pneumococo, mas os responsáveis por causar meningite são do 8 ao 10, enquanto que a N. meningitidis é ainda o principal agente etiológico responsável por causar meningite e as formas clássicas de meningococcemia, com potencial fatal.

**Conclusões.** O uso de Sistemas de Informação na epidemiologia contribui no planejamento e monitoramento de ações de prevenção e controle de doenças. Por meio desse sistema, podemos identificar os agentes causadores mais prevalentes da meningite e com isso focar em uma estratégia de controle e prevenção mais efetiva. Avigilância laboratorial do pneumococo na região aborda os seus sorotipos mais prevalentes, e isso possibilita a introdução de medidas preventivas, assim como o monitoramento da resistência antimicrobiana. A medida preventiva mais efetiva para o pneumococo, atualmente, ainda é a vacinação comprovadamente eficaz na redução da morbi-mortalidade das formas de doença pneumocócica.

### Referências.

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. -7. ed.-Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p.

## 15. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PUÉRPERAS HIV SOROPOSITIVAS E DE SEUS NEONATOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO INTERIOR DO RS

Nágila Simon Ziebell<sup>1</sup>, Angélica Cristine Feil<sup>1</sup>, Hélio Simão<sup>1</sup>, Fabiane Waechter Renner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. nagilaziebell@hotmail.com

**Justificativa e Objetivos.** Desde a década de 80, a incidência e a prevalência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em mulheres vêm aumentando gradativamente. A transmissão vertical do HIV tem se tornado um desafio na saúde pública que necessita ser enfrentado pelas políticas de saúde do Brasil. Ela pode ocorrer através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação. Dessa transmissão, cerca de 35% ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um rico acréscimo de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada). Desse modo, é de

suma importância averiguar se o uso de terapia antirretroviral (TARV) proporciona segurança aos bebês no momento do nascimento. Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico de gestantes HIV positivas e de seus neonatos em um Hospital de Referência no interior do Rio Grande do Sul. De forma a verificar a qualidade e resolutividade do serviço prestado nessa Unidade, busca-se aperfeiçoar o comportamento de futuras gestantes, diminuindo, assim, a transmissão vertical do HIV e melhorando a sobrevivência dos neonatos.

**Metodologia.** O presente estudo baseia-se no método exploratório descritivo com abordagem quantitativa retrospectiva. Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC, foi iniciado o levantamento de dados. Para tal, lançamos mão primeiramente do livro de nascimento dos anos de 2012 e 2013 de um hospital de referência no interior do Rio Grande do Sul, no qual selecionamos todos os recém-nascidos de gestantes HIV positivas. Foram pesquisados os seguintes dados maternos: idade materna, cor, ocupação, escolaridade, estado civil, uso de drogas, paridade, número de consultas no pré-natal, idade gestacional, tipo de parto realizado e uso de TARV durante a gestação e durante o trabalho de parto. Quanto ao recém-nascido, observamos as seguintes informações: sexo, peso no nascimento, APGAR no primeiro e quinto minuto, perímetro cefálico, comprimento, cor, intercorrências no momento do nascimento e se houve uso de TARV nas primeiras horas de vida.

**Resultados.** Notamos que a faixa etária teve variação de 15 a 44 anos, tendo média de 29 anos. A profissão mais frequentemente citada foi "do lar", sendo que 70% das pacientes declararam ter ensino fundamental incompleto, 75% eram solteiras, e 10% usuárias de drogas. Quanto à paridade, a média foi de três gestações, podendo chegar a sete. Verificando o número de consultas pré-natais, houve uma variação de 1-14 consultas, com média de oito. Em relação ao momento do nascimento, a idade gestacional média foi de 38,5 semanas, sendo 100% partos cesáreos. A média do peso ao nascer foi de 2965g e o comprimento médio era de 47,37cm. O APGAR no 1º minuto foi 9 em 65% dos neonatos, enquanto no 5º minuto, todos obtiveram o índice entre 9 e 10. A totalidade dos neonatos recebeu Zidovudina nas primeiras horas de vida, sendo que em 15% houve associação com Nevirapina. Quanto à nutrição, fez-se uso exclusivo de fórmula infantil. Todos receberam vacina contra hepatite B e usaram Fitomenadiona antes de receberem alta hospitalar, sendo que 70% dos recém-nascidos foram liberados em 2 dias após o nascimento.

**Discussão.** Nesse estudo, as gestantes tiveram idades "variáveis", demonstrando que a infecção pelo HIV tem atingido cada vez mais mulheres de diferentes grupos, faixas etárias e estados civis. Verificamos que 70% da amostra possui menos

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

de 8 anos de estudo. Isso reflete que há um aumento do número de casos entre os segmentos sociais com menor nível de escolaridade e condição socioeconômica menos favorável. Além disso, evidenciamos que todas as gestantes desempenhavam funções com baixos rendimentos, sendo que 50% identificavam-se como “do lar”, o que demonstra a vulnerabilidade das mulheres, ligada à organização social de estruturas de gênero e sexualidade ainda muito hierarquizadas. Quanto à paridade, a média foi de três gestações, taxa superior à do Brasil, que foi de 1,9 em 2010. A maior taxa de fecundidade contribui para o aumento da transmissão vertical, visto que quase a totalidade das crianças de até 13 anos foi infectada por transmissão vertical, denotando a importância do acompanhamento gestacional apropriado. Enquanto o Ministério da Saúde preconiza o mínimo de 6 consultas pré-natais, verificamos que a média do estudo foi de 8, o que possibilita controle mais eficaz da infecção, tendo em vista que a gestação seja de alto risco e a transmissão vertical deva ser prevenida. Junto a isso, notou-se que a via de parto foi a cesárea exclusivamente. Conforme as diretrizes nacionais, essa via de parto é indicada para gestantes com carga viral a cima de 1000 cópias/mL ou desconhecida, porém não foi havia informações que comprovassem a indicação nos prontuários. Ademais, para que o controle da transmissão seja efetivo, é fundamental que os neonatos recebam profilaxia com antirretrovirais até 48 horas após o parto e que não sejam amamentados com leite materno, o qual traz um risco adicional de 7-22% de transmissão. No serviço de referência estudado, essas medidas foram desempenhadas com excelência na totalidade dos casos. Quanto às características dos recém-nascidos, constatamos que a média de peso ao nascer se enquadra em peso insuficiente (2500-2999g), conforme os critérios da Organização Mundial da Saúde. Entretanto, essa média encontra-se muito próxima ao limite do que é considerado peso adequado. Analisando essas informações conjuntamente a altura e APGAR, que foram satisfatórios, podemos inferir que os neonatos nasceram bem. Isso pode ser comprovado pela alta hospitalar, que se deu em 70% dentro do período esperado, de 48 horas.

**Conclusões.** Observamos que o serviço de referência está qualificado, uma vez que não houve alterações clínicas consideráveis com as pacientes soropositivas e com os seus recém-nascidos. Ademais, a totalidade desses neonatos receberam quimioprofilaxia adequada em tempo hábil, consistindo em cuidados prudentes durante e pós-nascimento.

### Referências.

1. SM Craft, RO Delaney, DT Bautista, JM Serovich. Pregnancy decisions among women with HIV. *AIDS Behav* 2007;(11):927-35.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: Manual de Bolso. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 172 p.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 180 p.
4. Figueiró-Filho, EA; Senefonte, FRA; Lopes, AHA.; GS Júnior, V.; Botelho, CA; Duarte, G. Perfil epidemiológico da infecção pelo HIV-1 em gestantes do estado de Mato Grosso do Sul – Brasil. *DST – J Bras Doenças Tropicais* 2005;17(4):281-287.
5. Frias, LMPS; Barros, LM; Correa, RGCF; Silva, SC; Pereira, W. Características de mulheres soropositivas para HIV atendidas em uma maternidade pública. *Revista do Hospital Universitário/UFMA* 2005;6(3):23-27.
6. Miranda, AE; Rosseti Filho, E; Trindade, C R; Gouvêa, GM; Costa, DM.; Oliveira, TG; França, LC; Dietze, R. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba 2009;42(4):386-391.
7. Carvalho, FT; Piccinini, CA. Aspectos históricos do feminino e do material e a infecção pelo HIV em mulheres. *Ciência e saúde Coletiva* 2008;13(6):1889-1898.
8. Konopka, CK; Beck, ST; Wiggers D; Silva AK da; Diehl FP; Santos FG. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2010;32(4):184-190.
9. Menezes, LSH. Perfil epidemiológico de grávidas HIV positivas atendidas em maternidade pública no estado do Pará. 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Medicina Tropical, Belém, 2012. Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais.
10. Dourado, I; Veras, MA de SM; Barreira, D; Brito, AM de. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral. *Rev. Saúde Pública* 2006;40(Suppl):9-17.

## 16. PREVALÊNCIA DE PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM MULHERES ATENDIDAS NO SERVIÇO INTEGRADO DE SAÚDE DE SANTA CRUZ DO SULNO PERÍODO DE 2010 A 2014

Tássia Callai<sup>1</sup>, Angelina Bopp Nunes<sup>1</sup>, Alice Baier Moraes<sup>1</sup>, Rosângela Marques<sup>1</sup>, Jane Dagmar Pollo Renner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. [tassiaccallai@ig.com.br](mailto:tassiaccallai@ig.com.br)



## RESUMOS

**Justificativa e Objetivos.** O papilomavirus humano (HPV) é um vírus capaz de infectar a pele ou as mucosas. Existem mais de 100 variedades de HPV, sendo que cerca de 40 tipos são capazes de infectar o trato ano-genital. A infecção pelo vírus HPV pode ser controlada, mas a cura contra o vírus ainda não existe. Quando não tratado, torna-se a principal causa do desenvolvimento do câncer de colo do útero. A coleta periódica do exame citopatológico do colo do útero permite o rastreamento precoce de alterações pré-neoplásicas assim como a detecção do câncer propriamente dito. Objetiva-se rastrear o índice de mulheres com alterações no exame citopatológico atendidas no Serviço Integrado de Saúde (SIS) de Santa Cruz do Sul.

**Metodologia.** Estudo transversal e observacional onde foram coletadas amostras cérvico-vaginais de 2.720 mulheres que realizam a coleta de Papanicolau no Serviço Integrado de Saúde de Santa Cruz do Sul (SIS) no período de 2010 a 2014. Foi realizado um questionário clínico-epidemiológico com as mulheres que participaram da pesquisa. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido, com informações sobre idade, estado civil, uso de preservativos, número de parceiros sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, escolaridade e infecção por HPV.

**Resultados.** Das 2.720 amostras cervicovaginais coletadas, 18 amostras (0,66%) apresentam ASCUS, 5 (0,18%) amostra foi detectado NIC I e em 2 (0,073%) houve a presença de NIC III. As mulheres que participaram do estudo apresentaram idade entre 16 e 81 anos, 82 possuíam ensino fundamental incompleto, 97 ensino fundamental completo, 78 ensino superior completo, 152 ensino médio incompleto, 429 ensino médio completo, 405 eram casadas, 68 eram separadas, 167 eram solteiras, 31 eram viúvas, 467 não faziam uso de preservativos, 85 faziam uso de preservativos, 145 tinham entre 1 e 3 parceiros sexuais, 13 tinham entre 4 e 6 parceiros sexuais, 3 tinham mais de 6 parceiros sexuais, 24 já tiveram ferida no colo do útero, 443 nunca tiveram ferida no colo do útero, 76 já tiveram alguma doença sexualmente transmissível e 774 nunca tiveram doença sexualmente transmissível.

**Discussão.** As mulheres que participaram do estudo apresentaram variações quanto a idade, escolaridade, estado civil, uso de preservativos, quantidade de parceiros no decorrer da vida, ferida no colo de útero e doenças sexualmente transmissíveis, não sendo encontrado relação entre essas variáveis e a infecção por HPV.

**Conclusões.** A prevalência de alterações no exame citopatológico em mulheres atendidas no Serviço Integrado de Saúde de Santa Cruz do Sul no período de 2010 a 2014 foi de 0,92%. Esse resultado pode estar relacionado a um eficaz rastreamento, visto que o Papanicolau detecta alterações celulares antes da evolução para a neoplasia, possibilitando uma ação terapêutica mais precoce.

## 17. SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL: UMA RELAÇÃO DIRETA

Augusto Emilio Hinterholz<sup>1</sup>, Luiz Carlos Wyse<sup>1</sup>, Gustavo Faccin Herbstrith<sup>1</sup>, Larissa Neumann<sup>1</sup>, Paula Bibiana Müller Nunes<sup>1</sup>, Antonio Manoel de Borba Junior<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

**Introdução.** A Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) tem como característica a obstrução da via aérea superior durante o sono, levando a períodos de apneia ou hipopneia, com episódios de queda de saturação de oxigênio e causando baixa qualidade do sono.<sup>1</sup> Além dos problemas relativos ao funcionamento da vida cotidiana, tais como hipersonolência diurna, cansaço, indisposição, falta de atenção, redução da memória, depressão, diminuição dos reflexos e sensação de perda da capacidade de organização, a SAOS também está relacionada com maior risco de acidentes, doenças cardiovasculares (DCV), cerebrovasculares e metabólicas.<sup>2,3</sup>

Subdiagnosticada, a SAHOS faz parte das principais questões da saúde no mundo ocidental, sendo considerada uma doença sistêmica, descrita em 2 a 4% da população mundial.<sup>4,5</sup> Ao considerarmos apenas os dados da polissonografia, sua prevalência chega a 24% em homens e 9% em mulheres.<sup>6</sup> Seu diagnóstico provém de métodos simples, como questionários específicos, histórico de ronco alto com hipersonolência diurna, associado ao excesso de peso. A polissonografia clássica é considerada o método diagnóstico "padrão-ouro". Permite não só a avaliação da arquitetura e a eficiência do sono, mas também identificar e diferenciar os distúrbios do sono.<sup>7,8</sup>

O tratamento da SAHOS é multifatorial – as estratégias de tratamento variam desde medidas comportamentais, como perda de peso, higiene do sono, utilização de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), à correção cirúrgica, sendo que cada caso deve ser individualizado.<sup>9</sup>

O conhecimento sobre SAHOS e obesidade possibilita à equipe de saúde uma abordagem integral e efetiva no manejo do mesmo. Portanto, buscamos identificar a associação entre obesidade e SAHOS grave na população estudada.

**Metodologia.** Realizou-se um estudo transversal retrospectivo descritivo, analisando as variáveis de Índice de Massa Corporal (IMC) e Índice de Apneia e Hipopneia (IAH), através de dados obtidos a partir de registros de janeiro de 2012 a dezembro de 2014 de exames realizados no Insone, em Santa Cruz do Sul-RS. Apenas pacientes com SAHOS grave (IAH superior a 30 eventos/hora de sono) foram incluídos no estudo. Houve exclusão de pacientes com IAH inferiores ao determi-

## RESUMOS

nado e os com dados incompletos. Os dados obtidos foram analisados a partir do software SPSS 20.0.

**Resultados.** A amostra inicial de estudo compôs-se de 85 pacientes. Destes, 18 foram excluídos por registro incompleto. Observou-se que a maioria dos pacientes com SAOS grave apresenta IMC acima de 30 kg/m<sup>2</sup>, o que caracteriza obesidade. Entre os 67 pacientes analisados, 10,4% possuem IMC normal (<25 kg/m<sup>2</sup>). Foi verificado que 32,8% desses pacientes possuem sobrepeso e, por fim, 56,4% dos pacientes são classificados como obesos.

**Discussão.** Os resultados supracitados demonstram a clara relação entre gravidade da SAHOS e o IMC do paciente. O IMC alto está relacionado com a deposição de tecido adiposo adjacente às estruturas de palato e laringe, contribuindo para o estreitamento da via aérea e tornando a obesidade o principal fator de risco para o desenvolvimento da SAHOS.

Aproximadamente 70% dos pacientes com SAHOS são obesos e a obesidade é o único fator de risco de importância que é passível de reversibilidade.<sup>10</sup> A prevalência de SAHOS é 8-10 vezes maior em homens do que em mulheres, o que evidencia uma provável relação anatômica diferenciada no sexo masculino, bem como a influência dos hormônios na gênese da síndrome. O presente estudo corrobora essa afirmação ao demonstrar que de todos os casos de SAHOS grave, 56,4% ocorreram em pacientes obesos. Ressaltamos que houve uma perda significativa de amostragem devido a registros incompletos que não puderam ser analisados. Talvez essa seja a causa da porcentagem de obesos ser menor que nos dados da literatura.

A obesidade participa da gênese da SAHOS grave; poderia ser uma consequência decorrente da má qualidade de sono, a qual gera liberação de hormônios contrarregulatórios e aumento da deposição de gordura central.

**Conclusão.** Concluímos que a obesidade, quantificada pelo IMC, tem importante relação com a SAHOS. Por ser o principal fator de risco e ser passível de modificação, ressaltamos que a redução do peso e a prevenção da obesidade são pontos chave para reduzir a prevalência de SAHOS (que se mostra crescente no Brasil) e todas suas consequências. Provavelmente o número de casos graves de SAHOS irá acompanhar o índice de aumento da obesidade, como se tem registrado na atualidade. Este estudo fornecerá base para a quantificação desta possível mudança na população estudada.

## Referências.

1. Lattimore JL, Celermajer DS, Wilcox I. Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol* 2003;41:1429-1437.
2. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med* 2000;342:1378-1384.
3. Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *Lancet* 2005;365(9464):1046-53.
4. Hersi AS. Obstructive sleep apnea and cardiac arrhythmias. *Ann Thorac Med* 2010;5:10-7.
5. Sher AE, Schechtman KB, Piccirillo JF. The Efficacy of Surgical Modifications of the Upper Airway in Adults with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Sleep* 1996;19(2):156-177.
6. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993;328(17):1230-1235
7. Strollo PJ, Sanders MH, Constantino JP et al. Split-Night studies for the diagnosis and treatment of sleep-disordered breathing. *Sleep* 1996;19(10):S255-S259.
8. ASDA - American Sleep Disorders Association Standards of Practice Committee. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures. *Sleep* 1997;20(6):406-22.
9. Scarpinella MA, Bueno, Llarges CM, Isola AM, Holanda MA., Rocha RT, Afonso, JE. Uso do Suporte Ventilatório com Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas (CPAP) por meio de Máscara Nasofacial no Tratamento da Insuficiência Respiratória Aguda. *Revista da Associação Médica Brasileira* 1997;43(3):180-184.
10. Shimura RZ, Tatsumi K, Nakamura A, Kasahara Y, Tanabe N, Takiguchi Y, et al. Fat accumulation, leptin, and hypercapnia in obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Chest* 2005;127(2):543-9.

## 18. USO DE DROGAS ILÍCITAS DURANTE A GESTAÇÃO: UMA ANÁLISE RESTROSPECTIVA

Mariana Grossi<sup>1</sup>, Bruna P. Costa<sup>1</sup>, Fernanda P. Figueira<sup>1</sup>, Leonardo S. Nascimento<sup>1</sup>, Victoria T. França<sup>1</sup>, H. Simão<sup>2</sup>, T. Kurtz<sup>2</sup>, Fabiani W. Renner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. mari\_mg\_grossi@hotmail.com

**Introdução.** Considera-se o consumo de drogas ilícitas como um problema de saúde pública mundial<sup>1</sup>. A maconha provavelmente é a droga ilícita de maior uso durante a gestação<sup>1</sup>. A utilização conjunta da maconha com outras drogas é frequente, o que torna, difícil a identificação dos efeitos diretos da maconha sobre o feto<sup>2</sup>. Aparentemente, ela diminui a perfusão útero-placentária, prejudica o crescimento fetal, causa retardo da maturação do sistema nervoso fetal e distúrbios neurocomportamentais precoces<sup>2</sup>. Diversas variáveis devem

# Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano VI - Volume 6 - 2016 - Suplemento 1

## RESUMOS

ser levadas em conta quanto aos efeitos do uso da maconha durante a gestação: tempo de exposição, dose, via de administração da droga e uso concomitante de outras substâncias psicoativas<sup>3</sup>. O consumo de cocaína entre mulheres tem crescido em todo o mundo<sup>4</sup>. Estima-se que cerca de 90% das usuárias de droga está em idade fértil<sup>4</sup>. A interação entre os padrões de uso de crack e o comportamento sexual de risco é responsável pelo risco acrescido ao HIV/AIDS nessa população e ao maior risco de complicações ao longo do tratamento<sup>4</sup>. Este estudo foi realizado a fim de analisar o perfil de consumo de maconha e cocaína/crack antes e durante o diagnóstico de gravidez, a fim de apontar riscos, formas de prevenção e abandono do uso desta droga ilícita.

**Metodologia.** Estudo longitudinal retrospectivo, feito por meio de entrevista, com questionário estruturado, aplicado em puérperas, internadas na maternidade do Hospital Santa Cruz. Os questionários foram aplicados durante 2013 e 2014, com posterior observação dos dados. Foi realizada uma análise descritiva dos dados obtidos por meio de tabelas e gráficos, divididos em: pacientes que não interromperam o uso durante a gestação; uso antes da gestação; uso durante o primeiro trimestre; uso durante o segundo trimestre e uso durante o terceiro trimestre. Para a análise estatística, foi usado o software SPSS versão 17.0. Este estudo foi realizado pelo grupo PET-Saúde – gestantes usuárias de drogas.

**Resultados.** Foram entrevistadas, no total, 314 puérperas, atendidas pelo Sistema Único de Saúde, no Hospital Santa Cruz do Sul. Do total, 25 assumiram uso de maconha antes ou durante a gestação, 8% destas não interromperam o uso da droga, mesmo durante a gestação; 60% relataram consumo antes da gestação; 28% no primeiro trimestre; 4% no segundo trimestre e nenhuma das entrevistadas relatou uso de maconha no terceiro trimestre. Do total de puérperas, 13 assumiram uso de cocaína/crack antes ou durante a gestação, 7,69% destas não interromperam o uso da droga, mesmo durante a gestação; 61,54% fizeram uso das drogas antes da gestação; 15,38% no primeiro trimestre; 7,69% no segundo trimestre e 7,69% no terceiro trimestre. Durante a aplicação dos questionários, observou-se o uso concomitante de drogas lícitas, como álcool e tabaco. O uso das demais drogas acompanha, proporcionalmente, o uso de maconha e cocaína/crack, com maior prevalência no primeiro trimestre, diminuindo o uso destas ao final da gestação.

**Discussão.** O uso de drogas lícitas e ilícitas é um fenômeno prevalente em todo o mundo e está entre os 20 maiores fatores de risco para problemas de saúde identificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas e Crimes de 2012, produzido pelas Nações Unidas, cerca de 230 milhões de pessoas, ou 5% da

população adulta, fez uso de drogas ilícitas pelo menos uma vez em 2010<sup>4</sup>. Entre as consumidoras de drogas, 90% estão em idade fértil, entre 15 e 40 anos, e 30% o fazem desde antes de 20 anos<sup>4</sup>. No presente estudo, grande parte das pacientes assumiu maior uso de substâncias ilícitas antes ou no início da gestação (sendo que neste último, muitas delas poderiam ter desconhecimento da própria gravidez).

Há grande dificuldade em relatar os efeitos próprios de cada droga para o organismo fetal, já que há uso concomitante de drogas no período gestacional, fato este comprovado pelos dados analisados nesta pesquisa.

As gestantes e puérperas usuárias de drogas são muito mais discriminadas, o que predispõe à negação do vício e não procura pela assistência pré-natal ou ao acesso tardio à assistência médica<sup>4</sup>. Tal fato pode ser considerado um viés na pesquisa, já que todas encontravam-se em quartos conjuntos, podendo haver preconceito entre uma e outra puérpera.

Algumas puérperas assumiram não interromper o uso de drogas, mesmo durante a gestação. Este fato comprova que estas mulheres correm mais risco para doenças sexualmente transmissíveis, pré-natal inadequado, malformações fetais, aborto, descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto prematuro e morte<sup>4</sup>.

**Conclusões.** O uso de drogas é um problema de saúde pública, inclusive durante a gestação, trazendo riscos para a mãe e para o feto. Muitas gestantes não assumem o uso de substâncias ilícitas pelo medo da repressão social, já que, socialmente, espera-se maior responsabilidade da mulher durante este período da vida. É preciso que haja uma busca ativa para estas mulheres, para que sejam minimizados os riscos durante a gestação e também para que esta abandone seu uso. É necessário realizar campanhas de prevenção ao uso de drogas, para maior conscientização da população quanto aos seus riscos.

## Referências.

1. Barbosa TD, Miranda MP, Nunes GF, Schutte TS, Santos K, Monteiro DLM. Manifestações do uso de maconha e opiáceos durante a gravidez. FEMINA; Agosto 2011; vol 39; nº 8
2. Yamaguchi ET, Cardoso MMS, Torres MLA, de Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez. Rev. Psiq. Clín 2008;35(supl 1):44-47.
3. Juruena MF, de Oliveira HP, Ferreira PE, Santos UP, Almeida EB, Prêcoma DB, Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC. Abuso e Dependência de Maconha. Projeto Diretrizes; 2012, Outubro.
4. Botelho APM, Rocha RC, Melo VH. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. FEMINA; Janeiro/ Fevereiro 2013; vol 41; nº 1

## RESUMOS

### 19. ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE SOROLOGIAS EM UM BANCO DE SANGUE DO INTERIOR DO ESTADO DO RS

Augusto Emilio Hinterholz<sup>1</sup>, Artur Sabbi Porciúncula<sup>1</sup>, Inês Guterres<sup>1</sup>, Cláudio Da Cruz Baungarten<sup>1</sup>, Alex Scwengber<sup>1</sup>, Cristiane Pimentel Hernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

**Introdução.** O banco de sangue é essencial para a qualidade dos processos terapêuticos que envolvem a utilização de sangue e derivados. Nesse contexto, para garantir a segurança de tais processos, é necessário um sistema eficaz de triagem e coleta das doações. A portaria 2712, de 2013 e a resolução nº 153, de 2004, do Ministério da Saúde, deliberam sobre a triagem sorológica nos serviços de hemoterapia para HIV, hepatite C, hepatite B, sífilis, doença de Chagas, HTLV e malária (em regiões endêmicas) nos doadores. A triagem tem a finalidade de reduzir a incidência dessas doenças, com vistas à grande morbimortalidade que acarretam. Nessa perspectiva, objetivamos analisar o status sorológico de um banco de sangue da cidade de Santa Cruz do Sul, no período de 2013 e 2014, com vistas a demonstrar a importância da triagem sorológica num banco de sangue com a finalidade de redução de procedimentos iatrogênicos ao paciente no momento transfusional.

**Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal retrospectivo descritivo, analisando a incidência de sorologias encontradas em amostras de sangue de doadores, através de dados obtidos a partir de registros dos anos de 2013 e 2014 do banco de sangue Hemovida, de Santa Cruz do Sul. Durante a triagem, qualquer exame alterado, ainda que inconclusivo, gerava descarte da bolsa. Todas as bolsas com sorologias inconclusivas de pacientes que não retornaram para confirmação diagnóstica foram excluídas da amostra de estudo. Os testes de triagem aos quais as amostras são submetidas são: NAT (Nucleic Acid Testing), para HBcAg e HIV e ELISA, este para as demais sorologias já citadas.

**Resultados:** Nos anos de 2013 e 2014, foram realizadas 11181 coletas, das quais 223 foram descartadas por sorologias. Desses descartes, 59,64% deveram-se a sorologia de hepatite B evidenciada por HBcAg positivo. Contudo, apenas 3,13% das bolsas continham o marcador HBsAg positivo. A sorologia positiva para VDRL aparece como segundo maior componente dos descartes, tendo gerado 16,59% destes. Anti-HCV

positivo causou 10,31% dos descartes. Sorologia positiva para HIV gerou 7,17% dos descartes. Doença de Chagas acarretou em 6 descartes (2,69%). Somente uma bolsa fora descartada por positividade para HTLV. Em 2013 e 2014, a taxa de retenção de bolsas para mulheres foi de 2,11% (87 bolsas descartadas/4131 bolsas coletadas), enquanto que para os homens essa taxa foi de 1,92% (136 bolsas descartadas/7075 bolsas coletadas).

**Discussão:** Os resultados supracitados demonstram a larga taxa de diagnóstico e/ou necessidade de confirmação diagnóstica que um banco de sangue pode proporcionar. Ainda que não se destine a esse fim, esses locais muitas vezes são o primeiro contato da população com exames de triagem ou diagnósticos de doenças geralmente assintomáticas em seu curso inicial. Nesse contexto, temos a Hepatite B e a sífilis, doenças que apresentam-se de forma assintomática ou oligossintomáticas inicialmente, mas com potenciais de alta morbimortalidade e que representaram as maiores causas de retenção de bolsas de coleta sanguínea. Todos doadores com triagem positiva ou inconclusiva são encaminhados ao CEMAS/SAE/CTA (Centro Municipal de Atendimento à Sorologia), o que demonstra atendimento integrado dos serviços de saúde.

Evidenciamos que a sorologia mais contribuinte para descartes foi para Hepatite B seguida pela da sífilis, as quais geraram 76,23% destes. A taxa total de descartes foi de 1,99% das bolsas. Embora tenha ocorrido maior número de doações masculinas observou-se menor taxa de descarte quando comparadas as taxas de descarte femininas.

**Conclusões:** Apesar das taxas baixas de retenção, ratificamos a importância da triagem sorológica nos bancos de sangue com vistas à redução das iatrogenias no momento de transfusão de sangue e derivados. Enfatizamos também a necessidade de trabalhar com a população a importância da procura dos bancos de sangue para a realização de um bem a outro ser humano, que é a doação em si, e não para a facilitação da realização de exames de triagem e acesso ao sistema de saúde.

#### Referências:

1. Ministério da Saúde. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasília, BR: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
2. Ferreira DM et al. Análise dos aspectos epidemiológicos, hematológicos e sorológicos presentes em doadores de sangue do Hemocentro Regional de Cruz Alta. Rev Bras Anal Clin 2012;44(1):10-14.