

Atenção Interdisciplinar em Saúde 2

**Samuel Miranda Mattos
Kellen Alves Freire
(Organizadores)**



Atenção Interdisciplinar em Saúde 2

**Samuel Miranda Mattos
Kellen Alves Freire
(Organizadores)**

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A864	Atenção interdisciplinar em saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadores Samuel Miranda Mattos, Kellen Alves Freire. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Atenção Interdisciplinar em Saúde; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-762-8 DOI 10.22533/at.ed.628191311 1. Administração dos serviços de saúde. 2. Hospitais – Administração. I. Mattos, Samuel Miranda. II. Freire, Kellen Alves. III.Série. CDD 362.11068
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Constata-se que a interdisciplinaridade profissional reflete diretamente no avanço e melhoria de atendimento na população. Dentro do campo interdisciplinar, encontramos o setor saúde, este que é composto por diversos profissionais que trabalham arduamente para a melhoria dos serviços de saúde, contribuindo na prática clínica e científica.

Acredita-se que registrar e divulgar o modo de trabalho, o conhecimento científico e relatar experiências são estratégias para o aprimoramento do avanço da humanidade.

Sendo assim, nesta coletânea “*Atenção Interdisciplinar em Saúde*”, o leitor terá a oportunidade de encontrar trabalhos de pesquisa de caráter nacional e internacionais sobre saúde, produzidos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, divididos em quatro volumes.

Destaca-se que o volume I e II tem-se predominantemente pesquisas de revisão de bibliográfica, literatura, integrativa, sistemática e estudo de caso. Já o volume III e IV, encontra-se pesquisas com diferentes desenhos de estudo. Todos os artigos trazem uma ampla visão de diferentes assuntos que transversalizam a saúde.

Acredita-se que o leitor após a leitura desta coletânea estará preparado para lidar com a diversidade de barreiras técnicos/científico no setor saúde. Por fim, convido ao leitor a realizar uma excelente leitura e uma reflexão sobre as temáticas apresentadas, AbraSUS!

Samuel Miranda Mattos

Kellen Alves Freire

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA	
Raissa Mont'Alverne Barreto Ana Karoline Soares Arruda Francisco Anielton Borges Sousa Kelly Alves de Almeida Furtado Wyarlenn Divino Machado Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque Roberta Cavalcante Muniz Lira	
DOI 10.22533/at.ed.6281913111	
CAPÍTULO 2	13
FATORES PRESENTES NO AMBIENTE DE TRABALHO QUE PREJUDICAM A SAÚDE MENTAL DE ENFERMEIROS INTENSIVISTAS	
Rafael Mondego Fontenele Mônica Mesquita Batista Darly Serra Cutrim Adriana Valéria Neves Mendonça Kássia Cristhine Nogueira Gusmão Hariane Freitas Rocha Almeida Aline Sharlon Maciel Batista Ramos	
DOI 10.22533/at.ed.6281913112	
CAPÍTULO 3	21
GENERALIDADES DA DEPRESSÃO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM	
Tainá Oliveira de Araújo Amanda Geovana Pereira de Araújo Maria das Graças Moraes de Medeiros Ana Gabriela do Rêgo Leite Mariana Ferreira Nunes Parizia Raiane Araújo Dantas Carlíane Rebeca Coelho da Silva Igor Luiz Vieira de Lima Santos	
DOI 10.22533/at.ed.6281913113	
CAPÍTULO 4	31
GESTAÇÃO E O LÚPUS ERITEMATOSO SISTEMICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Luiza Picanço Nunes Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco Gabriela Bonifácia da Silva Isla	
DOI 10.22533/at.ed.6281913114	
CAPÍTULO 5	41
IDOSO INSTITUCIONALIZADO: TRANSFORMAÇÕES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS E SOCIAIS	
Sandra Fernandes Pereira de Mélo Daniela Flores	

Marcella Ferreira Lira
Taliny Zubisarranya Teoclaudylyanny Teotônio de Farias
DOI 10.22533/at.ed.6281913115

CAPÍTULO 6 52

IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE ÓBITOS NO HOSPITAL VIDA E SAÚDE DE SANTA ROSA/RS - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alexsander Rodrigues Kucharski
Fernando Cogo Manduca
Patricia Marks
Elisangela Do Nascimento Golin
Luciana Zimmermann Witczak
Graziele Bastiani
Edenilson Freitas Rodrigues
Karina Wahhab Kucharski

DOI 10.22533/at.ed.6281913116

CAPÍTULO 7 57

INDICADORES DE FRAGILIDADE NO IDOSO VERIFICADOS NA ATENÇÃO BÁSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Gabriela da Silva Franco Silva
Erika Priscilla Costa Gomes
Maria Lúcia Fonseca de Carvalho
Mônica Elinor Alves Gama
Eulália Cristina Costa de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.6281913117

CAPÍTULO 8 76

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O USO POTENCIAL DE ANTI-INFLAMATÓRIOS

Lenara Pereira Mota
Nara Silva Soares
Maria da Conceição Rodrigues
Eduardo de Lacerda Aguiar
Brian Araujo Oliveira
Matheus Melo Cronemberger
Iana Christie dos Santos Nascimento
Glícia Gonçalves de Carvalho
Pedro Vinícios Amorim de Vasconcelos
Juliana Kelly veras Costa
Ag-Anne Pereira Melo de Menezes
Rodrigo Elísio de Sá
Izabella Cardoso Lima
Fabiana Nayra Dantas Osternes
Antonio Lima Braga

DOI 10.22533/at.ed.6281913118

CAPÍTULO 9 82

INTERDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Aline Pereira de Oliveira
Bruna Mayara Tavares de Gusmão
Cátia das Neves

Christiane Medeiros Souto Maior
Ivone Ferreira de Oliveira
Iraci Cleide Carneiro da Silva
Lavinia Vieira Dias Cardoso
Maria Luzilane Omena de Moura
Maria Zilda P. dos Santos
Mirela Godoi Nunes de Oliveira
Nemório Rodrigues Alves
Sandra Maria da Silva

DOI 10.22533/at.ed.6281913119

CAPÍTULO 10 93
LESÕES DE MUCOSAS EM CASOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Pedro Walisson Gomes Feitosa
Italo Constancio de Oliveira
Rayane da Silva Moura
Yasmin de Alencar Grangeiro
Elisa Hellen Cruz Rodrigues
Sally de França Lacerda Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.62819131110

CAPÍTULO 11 115
MEDICINAL PLANTS FOR HYPERTENSION – AN OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS

Marcos Krahe Edelweiss
Eno Dias de Castro Filho
Vitor Camilo Cavalcante Dattoli
Julio Baldisserotto

DOI 10.22533/at.ed.62819131111

CAPÍTULO 12 137
MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE ARTRITE REUMATOIDE APÓS INTERVENÇÃO CINESIOTERAPÊUTICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Adriane Teixeira de Souza
Lilian Regiani Merini
Silvania da Conceição Furtado

DOI 10.22533/at.ed.62819131112

CAPÍTULO 13 147
MOMENTO DA INDICAÇÃO DA HEMISFERECTOMIA E SEU PROGNÓSTICO DE PORTADORES DA SÍNDROME DE RASMUSSEN

Pedro Hidekatsu Melo Esaki
Marcos Masini
Rodrigo Siguenza Saquicela
Rafael Luiz Alcântara Nascimento Amorim
Vitor Brandão de Araújo
Rômulo Di Tomaso Pereira Milhomem
Cleide Caroline Barbosa
Francielly Marques Leite
Isadora Leonel de Paiva
Gabriella Leonel de Paiva

DOI 10.22533/at.ed.62819131113

CAPÍTULO 14 153

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE NO AMBIENTE ESCOLAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Stephanie Vanessa Penafort Martins
Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini
Eliana Cristina dos Reis Mira
Kelly Huany de Melo Braga
Rubens Alex de Oliveira Menezes
Nely Dayse Santos da Mata

DOI 10.22533/at.ed.62819131114

CAPÍTULO 15 162

O PRÉ -NATAL COLETIVO COMO DISPOSITIVO DE PROMOÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Thais Monara Bezerra Ramos
Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas
Camilla de Sena Guerra Bulhões
Maria Djair Dias
Edjane Pessoa Ribeiro Fernandes
Júlia Rafaelly de Matos Barbosa Jordão
Jackeline Evangelista de Sousa
Ildnara Mangueira Trajano Rodrigues
Sandra Barbosa Ferraz Farias
Jeferson Barbosa Silva
Lucineide Alves Vieira Braga

DOI 10.22533/at.ed.62819131115

CAPÍTULO 16 173

O QUE O BILINGUISMO E A ALIMENTAÇÃO TÊM EM COMUM?

Francieli Aline Conte
Karen Villanova Lima
Johannes Doll

DOI 10.22533/at.ed.62819131116

CAPÍTULO 17 183

OFICINA EDUCATIVA COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DE ALCOOLISMO E ABUSO DE DROGAS EM COMUNIDADE RIBEIRINHA DA REGIÃO AMAZÔNICA

Priscila Rodrigues Moreira
Bráulio Brandão Rodrigues
Leonardo Teodoro de Farias
Flávia Gonçalves Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.62819131117

CAPÍTULO 18 191

PRÁTICA DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ UTILIZANDO PLANTAS MEDICINAIS EMBRIOTÓXICAS E ABORTIVAS E A ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE COMO INSTRUMENTO NA CONSCIENTIZAÇÃO CONTRA ESTA PRÁTICA

Sabrina Sousa Barros
Marcos Roberto Nascimento Sousa
Marcelo da Silva
Kayco Damasceno Pereira
Aloiso Sampaio Souza

Evanielle Souza Andrade
Carliane Maria de Araújo Souza
Evaldo Sales Leal
Almiro Mendes da Costa Neto
Luciana Aparecida Silva
Gabriel Mauriz de Moura Rocha
Guilherme Antônio Lopes de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.62819131118

CAPÍTULO 19 200

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO MIELOMA MÚLTIPLO ASSOCIADO À NEFROPATIAS

Lenara Pereira Mota
Edina das Chagas Sousa
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Vinícius da Silva Caetano
Antonia Luzia Lima do Nascimento
Deciomar da Silva Pereira Junior
Arthur Gonçalves Hipólito
Marcos Ramon Ribeiro dos Santos Mendes
Geovane Bruno Oliveira Moreira
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha
Ionara da Costa Castro
Antônio Kleiton de Sousa
Mylena Silva da Silva
Francisca Maria Rodrigues de Souza
Fernando Mesquita de Sousa de Lima

DOI 10.22533/at.ed.62819131119

CAPÍTULO 20 207

PRINCIPAIS RISCO FAVORÁVEIS A INFECÇÃO POR PARASITÓSES INTESTINAIS EM ALUNOS DE CRECHES

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Leonardo William Braga de Araújo
Maria Kerolainne Zinzin de Oliveira
Francisco Josivandro Chaves de Oliveira
Juliana Barros Bezerra
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Paulo Gabriel Leal Gonçalves
Ana Clara do Nascimento Borges
Camylla Layanny Soares Lima
Alexia Lins Costa
Matheus Pedrosa de Oliveira
Thalis Ferreira de Souza
Elvilene de Sousa Coêlho
Sara Benvindo Silva
Pedro José de Oliveira Neto

DOI 10.22533/at.ed.62819131120

CAPÍTULO 21 215

QUELOIDE E CICATRIZAÇÃO HIPERTRÓFICA: CARACTERÍSTICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Ibrahim Andrade da Silva Batista
Victor Campos de Albuquerque

Vicente Clinton Justiniano Flores
Bárbara Cândida Nogueira Piauilino
Caio Pinheiro de Oliveira
Cláudio Henrique Himauari
Gustavo Mariano Soltovski
Lorise Donadelli de Oliveira
Marcus Aurélio Loiola Silva
Thalles Nunes da Silveira e Oliveira
Jaine de Sousa Oliveira
Willian Guimarães Santos de Carvalho Filho

DOI 10.22533/at.ed.62819131121

CAPÍTULO 22 227

RISCOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM IDOSOS SEDENTÁRIOS

Idalina Ingridy de Souza Lopes
Higor Braga Cartaxo
Dandara Dias Cavalcante Abreu
Layana Cartaxo Oliveira
Vitória Almeida de Freitas
Alexsandra Laurindo Leite
Pierri Emanuel de Abreu Oliveira
Jéssica Alves Moreira
Laryssa Cartaxo Delfino Oliveira
Anne Mary Cartaxo Pereira Rolim de Souza
Priscila Dantas Leite e Sousa
José Carlos da Conceição Junior

DOI 10.22533/at.ed.62819131122

CAPÍTULO 23 235

SISTEMA DE ADEQUAÇÃO ERGONÔMICA PARA CICLISTAS

Frederico Moreira Bublitz
Lucas Myllenno Silva Monteiro Lima

DOI 10.22533/at.ed.62819131123

CAPÍTULO 24 246

TECNOLOGIAS EM SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM PROBLEMAS HIPERTENSIVOS

Valéria de Albuquerque Sousa
Gerdane Celene Nunes Carvalho
Fernanda Nascimento Silva
Ana Letícia Nunes Rodrigues
Adenilde Maria Coelho Soares da Silva
Ancelmo Jorge Soares da Silva
Izabella Neiva de Albuquerque Sousa
Joaline Barroso Portela Leal
Laise Maria Formiga Moura Barroso
Mariluska Macedo Lobo de Deus Oliveira
Nadjane Bezerra de Sousa
Roseane Luz Moura

DOI 10.22533/at.ed.62819131124

CAPÍTULO 25	257
TUNGÍASE E IDOSOS EM VULNERABILIDADE SOCIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
Pollyanna Rocha Neves Andréa Tavares Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.62819131125	
CAPÍTULO 26	266
USO DE APLICATIVO PARA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ	
Adriana Kirley Santiago Monteiro Anna Gláucia Costa Cruz Francisco Eduardo Viana Brito Laís Moreira Alves de Freitas Maria Lailda de Assis Santos Thyciane Tataia Lins de Melo	
DOI 10.22533/at.ed.62819131126	
CAPÍTULO 27	271
VIVÊNCIAS DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE EM SAÚDE INDÍGENA	
Jaqueline de Souza Lopes Ceny Longhi Rezende Rafael Henrique Silva	
DOI 10.22533/at.ed.62819131127	
CAPÍTULO 28	283
OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTE PORTADOR DA COINFECÇÃO HIV E NEUROTUBERCULOSE	
Leticia Almeida de Assunção Weslley do Vale Maia Geovana do Rosário Ribeiro Alzinei Simor Vitor Vila Real Santos Dayane Azevedo Maia Lucivaldo Almeida Alves Raphael Resende Gustavo Galvão Andrea Oliveira da Silva Ana Caroline Guedes Souza Martins Antônia Margareth Moita Sá Gabriela De Nazaré d Silva Dias	
DOI 10.22533/at.ed.62819131128	
SOBRE OS ORGANIZADORES	289
ÍNDICE REMISSIVO	290

QUELOIDE E CICATRIZAÇÃO HIPERTRÓFICA: CARACTERÍSTICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Ibrahim Andrade da Silva Batista

Universidade Estadual do Piauí, FACIME– CCS,
Teresina– PI

Victor Campos de Albuquerque

Universidade Estadual do Piauí, FACIME– CCS,
Teresina– PI

Vicente Clinton Justiniano Flores

Universidade de Santo Amaro – UNISA, São
Paulo – SP

Bárbara Cândida Nogueira Piauilino

Centro Universitário Uninovafapi – UNINOVAFAPI,
Teresina- PI

Caio Pinheiro de Oliveira

Centro Universitário de Adamantina – FAI,
Adamantina – SP

Cláudio Henrique Himauari

Universidade de Santo Amaro – UNISA, São
Paulo – SP

Gustavo Mariano Soltovski

Centro Universitário de Adamantina – FAI,
Adamantina- SP

Lorise Donadelli de Oliveira

Centro Universitário de Adamantina – FAI,
Adamantina – SP

Marcus Aurélio Loiola Silva

Universidade Estadual do Piauí, FACIME – CCS,
Teresina – PI

Thalles Nunes da Silveira e Oliveira

Universidade Estadual do Piauí, FACIME – CCS,
Teresina – PI

Jaine de Sousa Oliveira

Faculdade Irecê – FAI, Irecê – BA

Willian Guimarães Santos de Carvalho Filho

Universidade Estadual do Piauí, FACIME – CCS,
Teresina – PI

RESUMO: Cicatrizações hipertróficas e queloides são conseqüências da desregulação do processo fisiológico de cicatrização da derme na resposta ao trauma. Elas são anomalias dérmicas decorrem da hiperproliferação de fibroblastos e matriz extracelular, além da demasiada produção de colágeno. A cicatriz hipertrófica também fica restrita ao local da lesão e tem melhor prognóstico do que o quelóide por se alastrar menos que ele, a cicatriz hipertrófica também possui menor tendência de ocorrência de recidivas após o tratamento do que o quelóide. O quelóide cresce para os tecidos ao seu redor em referência à lesão de origem, assim, ele pode crescer de modo intermitente ou constante, sem regressão considerável, além de ter grandes probabilidades de recorrência após ser feita a ressecção. É importante que seja frisado a importância da prevenção e a necessidade de todo cuidado possível ao realizar a manipulação de uma lesão, aplicando a técnica correta, fazendo a sutura por planos, removendo corpos estranhos, fazendo a diminuição da tensão presente nas cicatrizes, prevenir infecções e hematomas para que se possa obter um bom processo de cicatrização

com o mínimo possível de cicatrizes. Desse modo, considera-se que o manejo de queloides e cicatrizes hipertróficas é bastante complicado e cheio de dúvidas e incertezas. Assim, o tratamento desses tipos de lesões consiste na tomada de escolhas muito complexas e delicadas, pois, não há consenso sobre qual forma de tratamento é a melhor. A única certeza que se tem é de que a prevenção é melhor e mais essencial que o próprio tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Pacientes, cirurgia, queloide, cicatrização hipertrófica.

INTRODUÇÃO

Na procura da perfeição estética, há uma grande procura por cirurgias plásticas, contudo, às vezes, o custo disso pode ser muito elevado e o resultado desse procedimento pode ficar muito aquém do desejado e o procedimento cirúrgico pode levar a cicatrizes de difícil tratamento e diversos problemas não somente estéticos, mas incorreções e modificações posturais. A consequência das lesões intencionais ou acidentais da pele são as cicatrizes, o resultado final desse processo a cicatrização final não é totalmente previsível. Além do mais, fora o trauma, a cicatriz pode levar a alguma patologia como cicatrizações hipertróficas e queloides. Ao escolher pela realização de alguma intervenção cirúrgica de caráter estético é importante que, ao longo do pré-operatório, os pacientes sejam orientados quanto aos cuidados necessários no pós-operatório e as possibilidades de intercorrências que podem acontecer nessa fase.

Cicatrizações hipertróficas e queloides são consequências da desregulação do processo fisiológico de cicatrização da derme na resposta ao trauma. Tais anomalias dérmicas decorrem da hiperproliferação de fibroblastos e matriz extracelular, além da demasiada produção de colágeno. As referidas anomalias cicatriciais apresentam características gerais como: elevação, espessamento e aspecto brilhante. A cicatriz hipertrófica tem consistência elástica, delimitada pelas bordas da lesão inicial, é mais comum em áreas como ombros, cotovelos e joelhos. O queloide pode apresentar-se como uma cicatriz dolorosa, de consistência endurecida, que ultrapassa as bordas da lesão inicial, geralmente é mais comum em áreas como tórax e membros superiores.

Essas alterações do processo de cicatrização distribuem-se de forma igualitária pela população. No entanto, o queloide tem discreta prevalência em populações asiáticas e africanas, até o momento não foram relatados casos de queloides em albinos. A faixa etária mais atingida são crianças e jovens adultos, entre os 10 e 30 anos de vida, atinge igualmente tanto homens quanto mulheres. Apesar de pouco esclarecido, a literatura sugere que a herança genética esteja conectada a distúrbios cicatriciais.

A diferenciação entre cicatriz hipertrófica e cicatriz queloidiana é fundamental no que tange a escolha do tratamento. Atualmente, a profilaxia, ou seja, evitar traumas e danos à derme, configura-se como a melhor opção para evitar-se cicatrizes anômalas.

Por muito tempo, a cirurgia foi o único método de tratamento utilizado nessas situações, no entanto, mostrou-se pouco eficaz, com alto índice de reincidência e agravamento do quadro. A associação da técnica cirúrgica com injeção de corticosteroides (aplicação intralesional de Acetonido de Triamcinolona 10-40mg/ml), apontou considerável melhoria tal em casos de cicatriz hipertrófica como queloidiana. Além disso, outras terapias como: Laser (CO₂), Crioterapia e Radioterapia, também se mostraram eficazes no tratamento das disfunções cicatriciais, principalmente se associadas a cirurgia. Entretanto, no momento, a forma de desenvolvimento e crescimento não são plenamente conhecidos, desse modo, esta revisão de literatura tem como objetivo auxiliar na avaliação das causas contribuintes no seu prognóstico e as discutir as possibilidades de terapias.

METODOLOGIA

Essa revisão da literatura utilizou as bases de dados Medline, Lilacs, Pubmed e Scielo, no período entre 1980 e 2019. As palavras-chave utilizadas foram “pacientes” e “cirurgia”, “queloide” e “cicatrização hipertrófica” e suas correspondentes em inglês “patients” e “surgery” e “keloid” e “hypertrophic healing”. Foram critérios de exclusão: artigos publicados em outros idiomas além do português e inglês. Após a leitura dos títulos dos artigos, notou-se que alguns deles se repetiram nas diferentes bases e outros não preenchiam os critérios deste estudo. Foram selecionados 112 artigos para a leitura do resumo e excluídos os que não diziam respeito ao propósito deste estudo, sendo a maior quantidade de exclusões referentes ao não enquadramento dos temas descritos nesses artigos com os objetivos dessa revisão. Assim, após a leitura dos resumos, foram selecionados 35 artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos e que foram lidos na íntegra.

DESENVOLVIMENTO

Conceito

A formação em excesso de colágeno, ocorrida com a grande proliferação de fibroblastos com o acúmulo de matriz extracelular como consequência; que sobretudo, leva ao desenvolvimento de cicatrizes hipertróficas, assim como, de queloides (CARROLL et al, 2002). O queloide trata-se de uma lesão que pode apresentar prurido, com aspecto brilhante e elevado, e localização na derme ultrapassando as bordas da ferida inicial, isto é, há invasão da pele normal localizada ao redor da lesão. Seu crescimento ocorre progressivamente e não há regressão espontânea uma vez que o queloide é formado; além disso, normalmente após a excisão tende a desenvolver-se novamente (NIESSEN et al, 1999). O queloide possui herança autossômica dominante com penetração não completa e é expressado de forma variável e pode ter seu desenvolvimento iniciado posteriormente a algum trauma

na derme profunda como vacinas, piercings, escoriações, cirurgias, abscessos e lacerações (ROMANELLI et al, 2012) (MUTALIK, 2005). Por poder comprometer severamente a estética do indivíduo pode representar grande perda na qualidade de vida com danos motores, estéticos, físicos, psíquicos e sociais (ARNO et al, 2014). A cicatriz hipertrófica não pode ser diferenciada histologicamente do quelóide, nem com auxílio do microscópio ótico sequer o eletrônico e ambas são constituídas por tecido fibroso denso (GRABB; SMITH, 1984) (VIVER; MCKEE, 1997). Ela também fica restrita ao local da lesão e tem melhor prognóstico do que o quelóide por se alastrar menos que esse último (MARNEROS; NORRIS; OLSEN, 2001). Nos dois casos surgem como nódulos ou placas com superfícies firmes, lisas, protuberantes e brilhantes, sendo que; no entanto, a cicatriz hipertrófica possui menor tendência de ocorrência de recidivas após o tratamento (VIVER; MCKEE, 1997) (ALSTER; ZAULYANOV, 2007).

Fatores de risco, fisiologia e patologia

Na atualidade, admite-se não existir quelóide que surja de modo espontâneo, nem mesmo as lesões que parecem não terem causas aparentes, pois, sabe-se que nesses casos as lesões são causadas por feridas puntiformes que não são percebidas pelos indivíduos, como picadas de artrópodes, acne e pequenas pústulas (ACKERMAN, 1997) (REIS, 1994). Ainda que se compreenda os mecanismos *in vitro* desses processos de cicatrização, até então, pouco se sabe sobre os fatores que levam a formação do quelóide *in vivo*. Um fator de grande relevância para que isso ocorra é o fato de que o quelóide ter ocorrência descrita somente em seres humanos, o que torna muito mais difícil a pesquisa experimental *in vivo* desse processo de cicatrização anormal e contribui para torná-la incipiente (HOCHMAN, 2002) (HOCHMAN et al, 2003). Ainda que seja categorizado como um distúrbio cicatricial hiperproliferativo, o que caracteriza o quelóide é a grande produção de colágeno e secundário a isso uma grande multiplicação de fibroblastos na derme. O período de cicatrização, normalmente, ocorre entre 3 a 4 semanas posteriormente à lesão. Nessa fase, ainda se desconhece a causa, nos casos de ocorrência de quelóide, a síntese e lise de colágeno deixam de ocorrer de forma equilibrada e a síntese passa a ocorrer em maior quantidade e a lise de modo reduzido, ambas, por um período indefinido (SULLIVAN et al, 1996). As pesquisas apontam para indícios endócrinos de que há uma elevação significativa da ocorrência do quelóide na puberdade, período em que há a grande funcionamento e maturação do eixo hipofisário-gonadal; além de, indicar o aumento dos casos de quelóide durante a gestação e diminuição relativa durante a menopausa (SULLIVAN et al, 1996) (PLACIK et al, 1992). Há estudos que apontam na influência do hormônio estimulante dos melanócitos no desenvolvimento do quelóide (CANARY et al, 1990). Ele é também constante em áreas em que há maior número de melanócitos, além disso, não há relatos de sua ocorrência em albinos (PLACIK et

al, 1992), locais com pouca pigmentação e com poucas glândulas sebáceas poucas vezes são locais de queloide, ela também é praticamente não existe na palma da mão, planta do pé, mesmo essas áreas sendo alvos frequentes de atritos e lesões (REIS, 1994). O fator melanocítico é ausente ou presente em baixíssimas concentrações no queloide (CANARY et al, 1990), há indícios vasculares que relatam que indivíduos com hipertensão arterial sistêmica severa, mais prevalentes nos negros, possuem uma ocorrência mais elevada a ter queloide em comparação à pessoas com pressão arterial dentro dos padrões de normalidade (DUSTAN, 1995) (SNYDER et al, 1996). Nesses casos de hipertensão arterial a enzima inibidora da conversão da angiotensina II (enalapril) apresentou bons resultados na redução da ocorrência de queloide através da terapia com esse medicamento. Os trabalhos envolvendo a imunologia mostram que a IgE pode estar relacionada ao queloide, de modo que o nível sérico dessa imunoglobulina é diretamente ligado à histamina mastocitária elevada na lesão queloídiana; assim, pessoas alérgicas com mais constância são achadas dentre os que possuem queloide. Indivíduos que possuem tipo sanguíneo A possuem maior chances de desenvolver o queloide (PLACIK et al, 1992).

Atualmente, ganham notoriedade na literatura estudos que TGF- β (Transforming Growth Factor-beta), PDGF (Platelet-Derived Growth Factor), EGF (Epidermal Growth Factor) e FGF (Fibroblast Factor) podem estar relacionados no desenvolvimento do queloide. Além disso, evidenciou-se a ocorrência de elevação da síntese do INF- β (Interferon-beta), TNF- α (Tumor Necrosis Factor-alfa) e IL-6 (Interleucina 6), e ainda se observou também uma redução nos níveis de INF- α ocorrida nos fibroblastos das lesões queloídianas em comparação aos casos de cicatrização sem intercorrências (BETTINGER et al, 1996). Entretanto, ainda que tenham sido feitas várias pesquisas como as citadas o mecanismo concreto de ocorrência do queloide ainda não foi encontrado, a verdade é que; ainda, apenas são conhecidos os elementos de risco para a ocorrência dessas lesões. Alguns deles são: suturas em regiões de pele mais grossa ou em locais com mais melanina, cicatrizes que ocorrem contra as linhas de menor tensão na pele, suturas em espaços mortos ou ainda sob hematomas ou feridas que progrediram com infecção ou cicatrização por segunda intenção e suturas com tensão excessiva nas bordas de lesões fechadas por primeira intenção (ROCKWELL et al, 1989) (COSMAN et al, 1961).

Características clínicas

O queloide cresce para os tecidos ao seu redor em referência à lesão de origem, assim, ele pode crescer de modo intermitente ou constante, sem regressão considerável, além de ter grandes probabilidades de recorrência após ser feita a ressecção. Ele possui um período de atividade no qual são relatados e vistos os sinais e sintomas, um período de estabilidade ou inatividade. Na fase ativa, há um crescimento gradativo e considerável e os sintomas mais comuns são: evolução para

ulceração, prurido, dor e presença de infecção (COSMAN et al, 1961). Grande parte das lesões são localizadas, respectivamente, ordem decrescente de ocorrência: na parte superior ao abdome, a região pré-esternal e os lóbulos das orelhas, a área localizada lateralmente à face, a área da mandíbula e o pescoço, na parede abdominal e nos membros inferiores (PLACIK et al, 1992). O queloide é caracterizado por possuir comportamento bizarro, visto que pode crescer em parcialmente numa mesma cicatriz, aparecer em uma incisão ou ferida e não aparecer em outros ferimentos semelhantes aos em que houve o desenvolvimento do queloide. Ele também pode ocorrer num determinado período e não em outros, como exemplo, ele pode surgir em algum local, anos depois de sua ressecção após um trauma nesse mesmo local, o queloide pode vir a não se formar novamente (CANARY et al, 1990).

Tratamento

É importante que seja frisado a importância da prevenção e a necessidade de todo cuidado possível ao realizar a manipulação de uma lesão, aplicando a técnica correta, fazendo a sutura por planos, removendo corpos estranhos, fazendo a diminuição da tensão presente nas cicatrizes, prevenir infecções e hematomas para que se possa obter um bom processo de cicatrização com o mínimo possível de cicatrizes (GRABB; SMITH, 1984). Ressalta-se a importância de se fazer a diérese, baseando-se de acordo com as linhas de incisão, observando as como dobras da pele são naturalmente (VIVER; MCKEE, 1997). No dia-dia, a prevenção e os modos de tratamento de cicatrizes hipertróficas e queloides são muito semelhantes. É necessário que haja um diagnóstico precoce para que possa se obter uma melhor intervenção e resultados, existe uma ideia consensual de que em uma forma de tratamento não cirúrgico quando ocorre uma intervenção sobre cicatrizes não maduras (CARROLL et al, 2002). A indicação do procedimento cirúrgico só deve ser aconselhada posteriormente ao período de maturação que tem duração de 6 meses a um ano (WOLWACZ et al, 2000).

Procedimento cirúrgico

A realização de cirurgia possui uma taxa de recidiva que está entre 45 e 100% e o uso combinado de injeções de corticoide e cirurgia leva a probabilidade de recidiva para uma taxa menor que 50% (BERMAN; BIELEY, 1996). De outro modo, a cirurgia feita com a radioterapia diminui a recidiva para 10%. As cicatrizes hipertróficas ocorrem em decorrência de alta tensão, e agravamentos como cicatrização atrasada, processos infecciosos e o tratamento pode envolver placas de silicone na forma de gel associado à retirada cirúrgica. Em relação à técnica cirúrgica é necessário que os limites das lesões estejam relaxados que pode ser possibilitado por um descolamento parcial e prosseguimento dos retalhos. E, assim sendo, a lesão deve ser estabilizada com a utilização de suturas intradérmicas e subdérmicas com a utilização de fios de

longa duração absorventes (BERMAN; BIELEY, 1996).

Tratamento com crioterapia

A partir de meados da década de 80, a crioterapia começou a ser um modo de tratamento do quelóide, em que com o uso de nitrogênio líquido o quelóide é congelado causa lesão celular com necrose como consequência (HAR-SHAI et al, 2003). Esse método de terapia sozinha permitiu uma melhora entre 50 a 75% desse tipo de lesão, posteriormente já à realização de duas sessões, obtendo-se resultados animadores para acne severa. Esse procedimento leva a um edema na lesão queloidiana que promove uma facilitação para que seja feita a injeção de corticoide dentro da mesma. Com essa combinação obteve-se resposta superior à 80% (MUSTOE et al, 2002).

Como desvantagens esse tratamento apresenta leva a um maior período para que ocorra a cicatrização e, além disso, é frequente episódios de permanente hipopigmentação, essa pode ser diminuída ao não ultrapassar em 25 segundos o período em que é feito o congelamento, pode ocorrer ainda moderada atrofia cutânea (MUSTOE et al, 2002). Sendo assim, esse é um tratamento indicado para o controle de lesões de tamanho muito reduzido.

Fita adesiva

A utilização de fita adesiva microporosa hipoalergênica é feita em feridas novas e são mantidas por um grande período posteriormente ao procedimento cirúrgico. A forma de ação desse tratamento, possivelmente, relaciona-se ao efeito físico similar ao que ocorre na terapia compressiva e ao efeito de oclusão similar ao que ocorre quando o silicone é utilizado, ocorre ainda a redução da tensão localmente. Há poucos estudos sobre o uso desse tratamento, contudo, ele tem mostrado menos efetividade que o tratamento com silicone em gel. Desse modo, esse método deve ser escolhido como opção como uso imediato após a excisão cirúrgica, como uma forma de prevenção antes da utilização de placas de silicone (PALHARES NETO, 2017).

Aplicação de corticoides

Esse tratamento é a primeira linha para tratar quelóides e a segunda linha no tratamento de cicatrizes hipertróficas. A aplicação no interior da lesão de triancinolona é um método eficaz de tratamento e tem sido utilizado no controle das cicatrizes, desde meados da década de 80, e a sua forma de ação permanece pouco conhecida. Após a aplicação dessa substância há a inibição da alfa-2-macroglobulina que reduz a ação da colagenase (KELLY, 2004). O estudo *in vitro* da atuação da triancinolona nos fibroblastos dos quelóides e peles sem anormalidades mostrou que essa substância levou à redução da síntese de TGF- β 1 e elevação da produção de bFGF que é um fator elementar no crescimento dos fibroblastos (CARROLL et

al, 2002). O tratamento mostra-se responsivo numa taxa de 50 a 100% e a recidiva mostra-se entre 10 a 50%, em que, os melhores resultados são obtidos com a injeção dos corticoides em associação a crioterapia, procedimentos cirúrgicos, utilização de silicone ou compressão (KELLY, 2004). A forma de tratamento de referência é baseado em triancinolona, à 40mg por ml, em diluição na lidocaína a 2%, sem utilização de vasoconstritor, que são aplicadas intralesionalmente em períodos de duas a quatro semanas. Quanto aos períodos de injeção e o número de vezes que serão aplicados, irá depender da resposta clínica do paciente. A aplicação deve ser feita na derme papilar local em que a colagenase é sintetizada, a aplicação no subcutâneo pode ser evitada uma vez que pode causar lipoatrofia. A injeção dessa substância é dolorosa e podem ocorrer telangectasias, atrofia da pele e despigmentação. Há pesquisas que mostram que o uso tópico de corticoides não diminui a progressão de cicatrizes posteriormente a lesões por fogo (JENKINS et al 1986).

Tratamento por laserterapia

Há alguns anos acreditou-se que a utilização desse método de tratamento produziria cicatrizes com aspectos melhores e mais estéticos. Desde essa época, esse virou a ser mais uma alternativa de tratamento contra os queloides e cicatrizes hipertróficas. Observou-se que necroses oriundas de queimaduras não obtiveram melhoras em seu aspecto cicatricial com esse método. O laser de dióxido de carbono foi utilizado em queloides causadas por varicela, trauma e acne, que inicialmente obtiveram resultados satisfatórios, contudo não houve relatos de avaliação tardia. O laser de gás nobre (argônio) foi utilizado no tratamento de cicatrizes queloidianas, nos anos de 1970, e foi relatado que eram produzidos mais danos em comparação ao laser térmico de dióxido de carbono, assim sendo, com maiores taxas de recidivas (MUSTOE et al, 2002). Atualmente, tem sido obtido bons resultados com a utilização de laser de luz pulsada, contudo, ainda são importantes mais análises para essencialmente para a observação da progressão tardia das cicatrizes tratadas por esse método.

Tratamento por radioterapia

Trata-se de uma monoterapia controversa, uma vez que possui potencial cancerígeno, além de altos índices de intercorrências como discromias locais e radiodermites. Elevados níveis de radiação podem ter como consequência a formação de carcinoma espinocelular localmente posteriormente, até 15 a 30 anos depois, assim, essa forma de tratamento não deve ser utilizada em crianças pela ameaça de afetar as cartilagens metafisárias, o que pode levar à diminuição no crescimento dos ossos (KELLY, 2004). Esse procedimento isoladamente apresenta uma responsividade entre 10% a 95% com taxas de recidivas de 50 a 100% (KELLY, 2004). Segundo a literatura médica essa forma de tratamento deve ser restrita aos

adultos que possuem queloides em que outras formas de tratamento foram falhas, considera-se essa valiosa essa forma de tratamento, sendo provavelmente a mais efetiva para os casos de cicatrizes queloidianas graves (FERREIRA; D'ASSUMPÇÃO, 2006).

Tratamento com silicone em gel

Na década de 80, começaram a serem utilizadas placas de silicone em gel como uma forma de tratamento para cicatrizes hipertróficas e queloides. Essa forma de tratamento mostra auxiliar no controle da cicatriz, ele provoca uma elevação da temperatura cicatricial, o que promove uma maior atuação da colagenase, e ainda, provoca compressão localmente. Além do mais, quando o silicone é exposto há redução da TGF beta-2 (KELLY, 2004). Esse tratamento transformou-se numa forma padrão de manejo das cicatrizes, embora, tenha sua forma de ação ainda não conhecida, ela é bem recomendada para pacientes com baixa resistência às dores por isso é comumente utilizado em crianças, além disso também é frequente nas infiltrações. O uso de silicone em gel somente deve ser feito posteriormente à cicatrização ter sido completada, logo, não deve ser utilizado em áreas não cicatrizadas. Apesar de não haver estudos suficientes para a validação, há produtos que são apresentados sob a forma de silicone líquido e que têm sido considerados efetivos na contenção de cicatrizes hipertróficas pequenas (FERREIRA; D'ASSUMPÇÃO, 2006).

Tratamento compressivo

Com início em meados dos anos de 1970, essa forma de tratamento tem sido primeira linha, em diversos locais, para tratar cicatrizes hipertróficas causadas por queimaduras; pois, é uma forma de tratamento que se mostra eficaz na prevenção e tratamento dessas lesões. A pressão indicada é de 25 a 30 mmHg e deve ser um tratamento continuado pelo período de 6 a 12 meses. No lobo da orelha, essa forma de terapia, em queloides, é feita com a utilização de aparelhos como brinco de pressão, em que, isso deve ser feito assim que for feita a remoção dos pontos, isto é, assim que for feita a epitelização da ferida. Acredita-se que essa terapia se relaciona ao fechamento de vasos pequenos nas cicatrizes, levando à isquemia, diminuindo a quantidade de fibroblastos e o colágeno formado. Essa forma de tratamento na lesão queloidiana determina que seja diminuída a alfa₂ macroglobulina que atua na inibição da colagenase. Outra forma de ação dessa terapia é a estabilização dos mastócitos devido ao ressecamento da cicatriz (KELLY, 2004).

Terapias emergentes

Há pouco tempo apareceram novas modalidades de tratamento, sendo que elas têm mostrado em pesquisas científicas eficácia. A utilização de injeções de bleomicina, 5-fluoruracil intralesional e o uso de interferon (α , β e γ). O interferon

apresentam elevação da lise de colágeno. Os interferons α e β impedem que o colágeno tipos I e III sejam sintetizados, atuando sobre o RNA mensageiro celular. Uma pesquisa sobre aplicações de interferon- α 2b, administradas três vezes em cada semana, minimizaram as cicatrizes hipertróficas e diminuíram a quantidade de fator de transformação de crescimento (TGF- β) (TREDGET et al, 1998). O interferon mostrou melhores recuperações e resultados que o uso da triancinolona, como prevenção à recidiva do quelóide (MUSTOE et al, 2002). Contudo, a injeção dessas substâncias costuma causar muita dor, sendo necessário anestesia local ou regional, além disso, são medicamentos que possuem um valor muito elevado. O 5-fluoruracil, aplicado no interior da lesão, pode ser utilizado sozinho ou associado aos corticoides aplicáveis, o uso dessa substância tem como prerrogativa ter baixas quantidades de efeitos colaterais descritos. O maior fator restritivo em seu uso é a dor causada pela aplicação. A bleomicina é parecido com o 5-fluoruracil e também é eficiente em cicatrizes hipertróficas, apresentando boas respostas no uso em cicatrizes antigas com resistência ao uso de corticoides intralesionais sendo usados de modo injetável (MUSTOE et al, 2002).

CONCLUSÃO

O manejo de queloides e cicatrizes hipertróficas é bastante complicado e cheio de dúvidas e incertezas. Uma cicatriz hipertrófica é restrita ao local do trauma, ao passo que, o quelóide possui um prognóstico mais complicado e ele espalha-se além da área da lesão. O tratamento desses tipos de lesões continua um muito complexo, pois, não há consenso sobre qual forma de tratamento é a melhor. A única certeza que se tem é de que a prevenção é melhor e mais essencial que o próprio tratamento. Assim, pode-se concluir que são importantes e necessários mais pesquisas e estudos para que se possa alcançar formas de tratamento que possibilitem maiores recuperações tardias e permanentes; para que, assim, os danos causados funcionais, físicos, estéticos, sociais e psicológicos causados por essas lesões possam ser minimizados possibilitando aos pacientes uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ACKERMAN B. et al. Fibrosing dermatitis. In: **Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases: an algorithmic method based on pattern analysis**. 2a ed. Baltimore, United States of America: Williams & Wilkins Company; 1997. p.727- 33.
- ALSTER T.; ZAULYANOV L.: Laser scar revision: a review. **Dermatol Surg**. 2007;33:131–140.
- ARNO A.I. et al. Up-to-date approach to manage keloids and hypertrophic scars: A useful guide. **Burns: journal of the International Society for Burn Injuries**. 2014;40(7):1255-66.
- BETTINGER D.A. et al. The effect of TGF-B on keloid fibroblast proliferation and collagen synthesis. **Plast Reconstr Surg**, 98(5):827-31, 1996.

- BERMAN B.; BIELEY H.C. Adjunct therapies to surgical management of keloids. **Dermatol Surg.** 1996;22(2):126-30.
- CANARY P.C.V. et al. Papel da radioterapia no tratamento de quelóides: análise retrospectiva de 267 casos. **Rev Bras Cir**, 80(5):291-5, 1990.
- CARROLL L.A. et al. Triamcinolone stimulates bFGF production and inhibits TGF- β 1 production by human dermal fibroblasts. **Dermatol Surg.** 2002;28(8):704-9.
- COSMAN B. et al. The surgical treatment of keloids. **Plast Reconstr Surg**, 27(4):335-58, 1961.
- DUSTAN H.P. Does keloid pathogenesis hold the key to understanding black/white differences in hypertension severity? **Hypertension**, 26(6):858-61, 1995.
- FERREIRA C.M.; D'ASSUMPÇÃO E.A. Cicatrizes Hipertróficas e Quelóides. **Rev. Bras. Cir. Plást.** 2006;21(1):40-48.
- GRABB W.C.; SMITH J.W. **Cirurgia plástica**. 3ª ed. São Paulo: Salvat, 1984.
- HAR-SHAI Y. et al. Intralesional cryotherapy for enhancing the involution of hypertrophic scars and keloids. **Plast Reconstr Surg.** 2003;111(6):1841-52.
- HOCHMAN B. Integração do enxerto heterólogo de pele humana e quelóide no subepitélio da bolsa jugal do hamster [tese mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.
- HOCHMAN B. et al. Investigação do transplante heterólogo de quelóide na bolsa jugal do hamster (*Mesocricetus auratus*). **Acta Cir Bras**, 18(4):266-71, 2003.
- JENKINS M. et al. Failure of topical steroids and vitamin E to reduce postoperative scar formation following reconstructive surgery. **J Burn Care Rehabil.** 1986; 7(4):309-12.
- KELLY A.P. Medical and surgical therapies for keloids. **Dermatol Ther.** 2004;17(2):212-8.
- KIKUCHI K. et al. Effects of various growth factors and histamine on cultured keloid fibroblasts. **Dermatology**, 190:4-8, 1995.
- MARNEROS A.G.; NORRIS J.E.; OLSEN B.R. et al. Clinical genetics of familial keloids. **Arch Dermatol**, 137:1429-1434, 2001
- MCCAULEY R.L. et al. Altered cytokine production in black patients with keloids. **J Clin Immunol**, 12(4):300-7, 1992.
- MUSTOE T.A. et al. International clinical recommendations on scar management. **Plast Reconstr Surg.** 2002;110(2):560-71.
- MUTALIK S. Treatment of keloids and hypertrophic scars. **Indian J Dermatol Venereol Leprol.** 2005; 71(1):3-8.
- NIESSEN, F. B. et al. On the Nature of Hypertrophic Scars and Keloids: A Review. **Plastic and Reconstructive Surgery.** 1999;104(5), 1435–1458.
- PLACIK O.J. et al. Immunologic associations of keloids. **Surg Gynecol Obstet**, 175:185-93, 1992.
- REIS A.L.N. Principais características das cicatrizes queiloideanas. **An Bras Dermatol**, 69(6):495-7, 1994.

ROCKWELL W.B. et al. Keloids and hypertrophic scars: a comprehensive review. **Plast Reconstr Surg**, 84(5):827-37, 1989.

ROMANELLI, M. et al. Dermal hypertrophies. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. **Dermatology**, 3rd ed. New York: Elsevier; 2012. p. 1621-24.

PALHARES NETO, A. A. et al. Fita de silicone-gel versus fita de micropore na prevenção de cicatrizes hipertróficas: um estudo prospectivo. 2017. Exame de qualificação (Mestrando em Curso de Mestrado Profissional) - Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

SNYDER A.L. et al. Keloid associated with hypertension. **Lancet**, 347(17):465-6, 1996.

SULLIVAN S.T.O. et al. Aetiology and management of hypertrophic scars and keloids. **Ann R Coll Surg Engl**, 78:168-75, 1996.

TAN E.M.L.; ROUDA S. Acidic and basic fibroblast growth factors down-regulate collagen gene expression. in keloid fibroblasts. **Am J Pathol**, 142(2):463-70, 1993.

TREDGET E.E. et al. Transforming growth factorbeta in thermally injured patients with hypertrophic scars: effects of interferon alpha-2b. **Plast Reconstr Surg**. 1998;102(5):1317-30.

VIVER A.; MCKEE P.H. **Atlas de Dermatologia Clínica**. 2. ed. Barueri: Manole, 1997.

WOLWACZ A. et al. Opções terapêuticas nas cicatrizes queiloideanas. **Rev Soc Bras Cir Plast**. 2000;15(1):15-24.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Samuel Miranda Mattos - Professor de Educação Física e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. MBA em Gestão de Academias e Negócios em Esporte e Bem-Estar pelo Centro Universitário Farias Brito – FFB. Professor do Curso de Especialização em Preparação Física do Instituto de Capacitação Business School Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem -GRUPECCE-CNPq. Foi monitor voluntário da Disciplina de Ginástica Esportiva (2013/2014). Foi Bolsista de Iniciação Científica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico- FUNCAP (2014/2015) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq (2015/2016) da Universidade Estadual do Ceará-UECE (2016/2017) e bolsista voluntário do Projeto de Extensão do Centro de Tratamento de Transtornos Alimentares- CETRATA (2012/2014).

Kellen Alves Freire - Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (2012/2016). Foi monitora da disciplina Anatomia Sistêmica (2013). Pós-graduada em Prescrição de Fitoterápicos e Suplementação Clínica e Esportiva pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (2016/2018). Participou do projeto de extensão “Escola saudável: prevenção de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares” (2017/2019). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem -GRUPECCE-CNPq.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescente 6, 7, 153, 154, 157, 158, 160, 161, 258, 276
Alzheimer 44, 50, 173, 174, 176, 179, 180, 181, 182
Anti-inflamatórios 76, 77, 78, 80, 144
Artrite reumatoide 137, 138, 146
Atenção primária à saúde 1, 5, 12, 92, 157, 171, 255, 256

B

Bilinguismo 173, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182

C

Cinesioterapia 137, 138, 139, 140, 141, 145
Comissão de óbitos 52, 55
Complementary therapies 115
Cuidados 13, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 30, 42, 47, 61, 62, 75, 90, 110, 165, 172, 193, 205, 209, 211, 216, 229, 232, 266, 267, 268, 269, 270, 273, 276, 277, 278, 281, 283, 284, 286

D

Declaração de óbito 55
Demências 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181
Dependência química 183
Depressão 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 42, 48, 50, 63, 64, 65, 90, 176, 179, 229, 273

E

Educação em saúde 110, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 167, 172, 183, 185, 186, 187, 188, 190, 197, 251, 259
Enfermagem 3, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 39, 50, 57, 58, 59, 60, 70, 72, 73, 74, 76, 85, 111, 112, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 171, 172, 190, 197, 200, 206, 207, 251, 254, 255, 256, 260, 264, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 273, 277, 278, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 289
Escola 29, 73, 112, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 198, 207, 270, 289
Exercício terapêutico 137

F

Família 2, 6, 7, 9, 11, 12, 19, 24, 28, 29, 31, 39, 42, 57, 58, 62, 74, 75, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 155, 158, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 183, 185, 190, 198, 246, 247, 250, 251, 253, 254, 255, 267, 274, 280

G

Gestação 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 163, 164, 168, 169, 171, 179, 192, 193, 194, 196, 198, 218, 247
Gestantes 31, 33, 34, 36, 37, 38, 89, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 191,

193, 195, 196, 197, 198, 199, 252, 275, 276, 277, 279, 281

H

Hemisferectomia funcional 148

Hypertension 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 133, 135, 206, 225, 226, 247, 256

I

Idoso 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 67, 70, 72, 73, 74, 75, 257, 258

Institucionalização 41, 42, 48, 49, 61, 62, 64

Instrumentos de avaliação 47, 137, 140, 141, 146

Insuficiência renal crônica 76, 78, 79, 81

L

Lúpus eritematoso sistêmico 35, 39

M

Medicinal plants 115, 116, 117, 118, 123, 124, 192

N

Nefrite lúpica 35, 36, 37, 38, 39

Neurocirurgia pediátrica 148

Nutrição 39, 44, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 168, 173, 176, 177, 179, 180, 181, 207, 273, 279, 280, 286, 289

O

Óbito hospitalar 52

Overview 115, 116, 123, 128

P

Plantas medicinais 89, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 198

Práticas interdisciplinares 83

Q

Questionários de saúde 137, 138, 140

R

Rim 77, 78, 204

S

Saúde da família 6, 7, 12, 75, 86, 161, 162, 165, 166, 167, 198, 246, 250, 251, 255

Síndrome de rasmussen 152

Substâncias abortivas 192, 194

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-762-8



9 788572 477628