

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Caio Henrique Lima Brandão

Marcela Celerino Nogueira

Pedro Lira Barros Farias

Nathália Maria Araújo Tosetto

**CUIDADOS DA ENFERMAGEM EM PACIENTES ACOMETIDOS À SÍNDROME DE
BEHÇET**

RECIFE

2023

CAIO HENRIQUE LIMA BRANDÃO
MARCELA CELERINO NOGUEIRA
NATHÁLIA MARIA ARAÚJO TOSETTO
PEDRO LIRA BARROS FARIAS

**CUIDADOS DA ENFERMAGEM EM PACIENTES ACOMETIDOS À SÍNDROME DE
BEHÇET**

Artigo apresentado ao Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Professor (a): Jabiael Carneiro Da Silva Filho

Orientador (a): Jabiael Carneiro Da Silva Filho

RECIFE
2023

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

C966 Cuidados da enfermagem em pacientes acometidos à síndrome de
Behçet/ Caio Henrique Lima Brandão [et al.]... - Recife: O Autor, 2023.
11 p.

Orientador(a): Dr. Jabiael Carneiro Da Silva Filho.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Enfermagem, 2023.

Inclui Referências.

1. Doença de Behçet. 2. Vasculites. 3. Úlceras Orais. I. Brandão,
Caio Henrique Lima. II. Nogueira, Marcela Celerino. III. Farias, Pedro Lira
Barros. IV. Tosetto, Nathália Maria Araújo. V. Centro Universitário
Brasileiro - UNIBRA. VI. Título.

CDU: 616-083

Agradecemos a Deus, primeiramente, que nos deu força para concluir esta etapa das nossas vidas.

Gostaria de agradecer e dedicar esta dissertação aos nossos familiares, pelo amor, incentivo, força e apoio incondicional que sempre nos apoiaram com tudo que precisávamos durante a nossas vidas.

A todos os amigos que direta ou indiretamente participaram da nossa formação, o nosso muito eterno agradecimento.

Um agradecimento especial aos nossos amigos de grupo Pedro e Natália, obrigada, pela contribuição valiosa durante toda a jornada, o nosso muito eterno agradecimento.

A universidade CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO – UNIBRA aos docentes, diretores, coordenadores e administração que proporcionaram o melhor dos ambientes para que esse trabalho fosse realizado.

AGRADECIMENTOS

Ao nosso professor e orientador, Jabiael Carneiro Da Silva Filho, agradecemos a confiança, ajuda e toda paciência.

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa. Todos
nós ignoramos alguma coisa. Por isso
aprendemos sempre”
(Paulo Freire)*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	0
	1
2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	0
	2
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	0
	3
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	0
	4
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	0
	1
	1
REFERÊNCIAS.....	0
	1
	2

CUIDADOS DA ENFERMAGEM EM PACIENTES ACOMETIDOS À SÍNDROME DE BEHÇET

Caio Henrique Lima Brandão

Marcela Celerino Nogueira

Pedro Lira Barros Farias

Nathalia Maria Araújo Tosetto

Jabíael Carneiro Da Silva Filho

Resumo

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Behçet é uma afecção inflamatória multissistêmica, de acometimento vascular de causa ainda desconhecida, caracterizada por úlceras orais recorrentes como aftas, úlceras genitais, uveítes e lesões cutâneas.

OBJETIVO: Analisar a luz da literatura sobre os cuidados de enfermagem a pacientes acometidos à síndrome de Behçet. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, as buscas foram feitas na base de dados: scielo.

RESULTADOS: Foram utilizados seis artigos contendo informações sobre as diversas manifestações clínicas da DB, seu difícil diagnóstico por não ter um exame específico e seus possíveis tratamentos para amenizar os sintomas mais graves.

CONCLUSÃO: Com as informações que reunimos neste projeto mostramos os primeiros passos que alguém com suspeitas possa agir e como tratar ou cuidar de alguém acometido pela DB, fazendo com que possamos contribuir com o aumento dos diagnósticos enquanto é cedo para um tratamento feito de forma correta e orientada, para então diminuir as taxas de óbito causadas por decorrências da Síndrome de Behçet.

Palavras-chave: Doença de Behçet, vasculites, úlceras orais.

1 INTRODUÇÃO

Descoberta em 1937 pelo dermatologista turco hulusi Behçet, a Síndrome de Behçet é uma afecção inflamatória multissistêmica, de acometimento vascular de causa ainda desconhecida, caracterizada por úlceras orais recorrentes como aftas, úlceras genitais, uveítes e lesões cutâneas, além de múltiplas outras manifestações sistêmicas menos comuns que se manifestam de formas diferentes em cada pessoa. (FERRÃO et al. 2021)

Geralmente o início dos sintomas ocorre em idades entre 18 e 40 anos, homens e mulheres são acometidos de forma semelhante, havendo pouca predominância na infância e adolescência, quando se manifesta até a idade de 16 anos é considerada DB infantil - juvenil, porém homens jovens de origem asiática apresentam manifestações mais graves da doença. (NEVES et al, 2021)

Considerada uma doença autoimune cujos sintomas podem ser estimulados tanto por infecções tanto por bactérias quanto por vírus, principalmente herpes simples, além de poderem ser influenciados por fatores genéticos, principalmente devido à presença do alelo HLA - B51. (MIZIKI et al, INOKO et al, OHNO et al, 2020)

As causas e a patogênese da doença não são bem compreendidas pois pode ser devido a fatores genéticos, imunidade e infecção. Do ponto de vista clínico, é uma vasculite que apresenta vários fenótipos, acometendo pequenos e grandes vasos, além de outras manifestações que incluem afecções pulmonares, cardiovasculares, gastrointestinais e neurológicas. (FERRÃO et al, 2021)

A forma vascular da DB (DB vascular) acomete até um terço dos pacientes, afetando frequentemente membros inferiores, ocorrendo tromboflebite, e trombose venosa profunda (TVP). A oclusão ou obstrução de outros vasos calibrosos como veia cava e veias supra-hepáticas é rara. O envolvimento de vasos calibrosos principalmente das artérias, é uma das principais causas de mortalidade. (SACHETTO et al, 2016)

A DB com acometimento do sistema nervoso central (neuro Behçet) pode se manifestar como trombose de seios nervosos, aneurismas, paralisia dos nervos cranianos, sintomas neuropsiquiátricos e doença parenquimatosa, o que representa 80% dos casos, secundária a vasculites de pequenos vasos que atinge o tronco,

hemisférios cerebrais e medula espinhal. (FERRÃO et al, ALMEIDA et al, MARINHO et al, VASCONCELOS et al, CORREIA et al, 2016)

O acometimento gastrointestinal da DB (gastro Behçet) é semelhante ao das doenças inflamatórias gastrointestinais, com manifestações como dor abdominal, diarreia e hemorragia digestiva. (FERRÃO et al, ALMEIDA et al, MARINHO et al, VASCONCELOS et al, CORREIA et al, 2016)

O envolvimento cardíaco na DB é mais incomum, inclui lesões valvulares (prolapso da valvula mitral) pericardite, miocardite, trombose intracardíaca, endomiocardiofibrose, trombose/aneurisma coronarianas, angina, insuficiência cardíaca, aneurisma do ventrículo e infarto do miocárdio. (OWLIA et al, MEHEPOOR et al, 2016)

O diagnóstico da DB é clínico e em 1990 foram sugeridos um conjunto de critérios de diagnósticos pelo international study group (ISG), esses critérios incluem, além dos critérios obrigatórios de úlceras orais recorrentes (três episódios em 12 meses), os seguintes: lesões aftosas genitais, recorrentes; lesões oculares como uveíte anterior ou posterior; manifestações cutâneas como eritema nodoso, pseudofoliculite, lesões papulopustulosas ou nódulos acneiformes, e o teste de patergia positivo. Tais critérios foram revisados e, em 2006, deram origem ao International Criteria Behçet Disease (ICBD). (FERRÃO et al, ALMEIDA et al, MARINHO et al, VASCONCELOS et al, CORREIA et al, 2016)

Diante do exposto, o objetivo do estudo é analisar a luz da literatura sobre os cuidados de enfermagem a pacientes acometidos à síndrome de Behçet.

2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, um método que é pertinente para resumir obras científicas para melhor compreensão sobre um fenômeno. A pesquisa foi feita com base em artigos científicos, revistas, sites de ensino e estudo sobre a doença abordada e na literatura para a melhor compreensão sobre o tema abordado. A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a maio de 2023, a busca foi realizada com artigos científicos publicados entre 2016 e 2021. Os seguintes critérios para inclusão foram observados na busca de artigos: artigos completos disponíveis na íntegra em qualquer idioma publicado, sites com referências de autores envolvidos sobre o caso abordado e sendo utilizadas como **Palavras-chave:** Doença de Behçet, vasculites, úlceras orais. Como critérios de

exclusão foram tomados: dissertações de teses, artigos que abordassem outros aspectos, pesquisas realizadas com animais ou artigos publicados em mais de uma base de dados (duplicatas).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A DB é uma forma de vasculite que foi originalmente definida como a tríade de estomatite aftosa recorrente, úlceras aftosas genitais e uveíte recorrente descrita por Hulusi Behçet em 1937. A doença consiste em associações de manifestações oculares, mutantes de muco, sistema nervoso, cardiovascular, gastrointestinal e outras. (FERRÃO et al.,2021)

A síndrome, também conhecida como adamantiades-behçet, é uma entidade geneticamente e geograficamente relacionada, inflamatória e multissistêmica por natureza, com manifestações recorrentes e crônicas. (YAHALOM et al.,2016)

Segundo Castro et al. (2017), a DB é uma desordem multissistêmica que se apresenta de forma recorrente, recidivante e crônica em formas de manifestações muco cutâneas, oculares pode causar cegueira e deficiências neurológicas, vasculares, cardíacas, nervosas e gastrointestinais.

A doença de Behçet (DB) é uma patologia multissistêmica de causa desconhecida. Apesar dos esforços científicos para esclarecer sua origem, a doença está associada a uma predisposição genética associada ao alelo do antígeno leucocitário (HLA) -B51 e a fatores desencadeantes que podem provocar o desenvolvimento da doença. (Mizki et al, Inoko et al, Ohno et al.,2020).

A epidemiologia da DB é endêmica no Mediterrâneo Oriental e nos países do Oriente e Oriente Médio. A maioria está na Turquia (80-370 casos/100.000 pessoas) e é familiar. Os homens são mais afetados pela síndrome, enquanto nos países do norte da Europa ocorre mais frequentemente em mulheres entre 20 a 40 anos e raramente ocorre na infância. (Ferrão et al, Almeida et al, Marinho et al.,2021). Segundo (YAHALOM et al.,2016), a DB acomete ambos os sexos com igual frequência, mas a doença é mais grave em homens, principalmente nos casos de aneurismas de artéria pulmonar. A prevalência da DB é bem inferior em países ocidentais (0,64 e 0,33 por 100 mil na Inglaterra e nos Estados Unidos, respectivamente), tendo valores intermediários nos países da rota da seda: no Irã, na Arábia Saudita e na Coreia Do Sul, ela varia entre 13 a 20 casos por 100 mil habitantes. Valores intermediários de prevalência também foram encontrados e

população de origem turca vivendo em Berlim com 21 casos por 100 mil habitantes, proporção inferior à descrita na Turquia, mas bem superior à prevalência entre os habitantes de Berlim estimada em 0,42 por 100 mil habitantes. (SAKANE et al, TAKENO et al, SUZUKI et al, INABA et al, 2021).

O quadro patológico da DB consiste em vasculite encontrada em biópsias em torno das lesões muco cutâneas, bem como em vasa vasorum dos grandes vasos acometidos pela síndrome, superimposta a um estado de hipercoagulabilidade também característico da DB, com formação de trombos venosos ou arteriais. (VARGAS et al, CRUZ et al, GIARLLARIELLI et al 2021).

As lesões ativas são infiltradas por neutrófilos, considerados hiper-reativos na SB, com quimiotaxia exacerbada e produção aumentada de diversas enzimas lisossômicas. (SAKANE et al, TAKENO et al, SUZUKI et al, INABA et al, 2021). O processo fisiopatológico é desencadeado pela exposição a antígenos infecciosos que acometem um indivíduo com certa predisposição genética e a capacidade de desenvolver uma resposta imune inadequada que leva à forma celular. Os neutrófilos hiper-reativos são responsáveis por danos nos tecidos e englobam as células do paciente que expressam moléculas semelhantes às do agente infeccioso original. Segundo (TONG et al, LIU et al, XIAO et al, SU G et al.,2019) a disfunção resultante das células endoteliais contribui de alguma forma para o início de eventos trombóticos na circulação. Linfócitos T e B também são encontrados no infiltrado perivascular. Existem evidências de que os linfócitos T estejam presentes em maior número e com maior capacidade funcional nos pacientes com DB. (HASAN et al, FORTUNE et al, WILSON et al, 2015). Citosinas promotoras de atividade T *helper* 1 (IFN-g, IL-2 e IL-12) são mais comumente encontradas em níveis elevados (IL - interleucina; IFN - interferon). Células Natural Killer (NK), embora também em maior número, apresentam cito toxicidade diminuída, sugerindo um direcionamento para a resposta imune do tipo celular, que atuaria de forma inadequada nestes pacientes. A produção aumentada das citosinas pró-inflamatórias IL-1 e TNF (Fator de Necrose Tumoral) pode estar relacionada aos mecanismos de lesão tecidual, inclusive com polimorfismos específicos do TNF e da molécula de adesão intercelular 1 (ICAM-1) identificados em pacientes com DB. (HASAN et al, FORTUNE et al, WILSON et al, 2015)

A DB é caracterizada com a ocorrência de úlceras orais, úlceras genitais, uveíte e lesões na pele. (FERRÃO et al.,2021). Os sintomas são caracterizados por

remissões e exacerbações súbitas, e os episódios tornam-se menos frequentes ao longo do tempo. (OLIVEIRA et al., 2015).

As manifestações gastrointestinais apresentam lesões ulcerativas aftóides no intestino grosso, estômago e intestino delgado. (BONAMIGO et al.,2016). O envolvimento neurológico, conhecido como Neuro-Behçet, acomete cerca de 10% dos casos. O início da síndrome clínica é associado às manifestações sistêmicas como febre, mal-estar, uveíte e piora das lesões muco cutâneas. (NETO et al.,2016). Em 1941 o envolvimento de SNC foi previamente reconhecido, sendo retratado apenas em 1944. (SANTOS et al.,2015).

As úlceras aftosas orais clinicamente se apresentam em três maneiras, úlcera aftosa menor cuja cura pode variar de 10 a 14 dias, sem deixar cicatriz; úlcera aftosa maior, uma forma mais grave que cicatrizam lentamente e pode deixar algumas cicatrizes; úlceras aftosas herpetiformes que podem ocorrer diversas úlceras ao mesmo tempo, podendo levar a cura de 7 a 30 dias e deixam cicatrizes mais fortes. As úlceras aftosas apresentam características comuns com o formato circular, a profundidade, o edema e a dor. Nas úlceras genitais ocorre o aparecimento de ulcerações similares as aftas. (SCHERRER et al, ROCHA et al, GARCIA et al.,2017).

As manifestações oftalmológicas são definidas por uveíte difusa e episódios de vasculite oclusiva que causam alterações irreversíveis Isquêmicas da retina neurosensorial e baixa acuidade visual, e se não tratada corretamente, o progresso da doença pode ocasionar a cegueira permanente. (ALIBAZ-ONER et al, Karadeniz et al, YLMAZ et al.,2015).

As manifestações gastrointestinais apresentam lesões ulcerativas aftóides sendo mais frequente na região ileocecal. (GRECO et al, DE VIRGÍLIO et al , RALLI et al, MANCINI et al, ATTANASIO et al.,2018)

O envolvimento neurológico, conhecido como Neuro-Behçet, acomete aproximadamente 10% dos casos. Pode afetar o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso periférico (raramente). O envolvimento do sistema nervoso central pode ser classificado em parenquimatoso (80%) e não parenquimatoso (20%). (YAZICI et al, SEYAHİ et al, HATEMI et al, YAZICI et al.,2018).

Os sintomas cutâneos mais comuns nos pacientes são eritema nodoso e pseudofoliculite/nódulos semelhantes a acne. (SCHERRER et al, ROCHA et al, GARCIA et al.,2017).

As manifestações pulmonares na DB podem ter presença de tosse, dispneia, hemoptise e dor torácica. Podem ocorrer também aneurismas da artéria pulmonar, que causam a formação de trombos. (SAMANO et al, 2016).

O diagnóstico da doença de DB é feito de acordo com os critérios do ISGBD. (CORRÊA et al, 2017). As classificações pelo ISGBD são ulcerações orais recorrentes (pelo menos três vezes no período de 12 meses), ulceração genital recorrente, lesões oculares, lesões cutâneas, teste de patergia positivo. (NEVES et al, 2021). A patergia é uma hiper-reatividade da pele inespecífica ao trauma, como uma picada de agulha. A pústula geralmente se forma em 24 a 48 hs após a punção da pele com uma agulha. (BITTENCOURT et al, 2015). O teste de patergia é realizado geralmente no antebraço do paciente, consiste em uma lesão na pele do paciente causada pelas picadas de agulha que podem ou não provocar uma resposta inflamatória extensa no portador da doença. (SCHERRER et al,2016).

Não existem exames laboratoriais específicos para o diagnóstico da DB, em casos de atividade da doença a resposta na fase aguda se apresenta por elevação da Velocidade de Hemossedimentação (VHS), Proteína C Reativa, componentes do complemento (C3, C4, C9), Inter leucina 8 e de imunoglobulinas (IGA, IGM) e alfa 2-globulina. Como não existe teste laboratorial para DB e a causa da doença não foi definida, o diagnóstico é baseado em achados clínicos. (BONAMIGO et al., 2017).

A escolha da terapia medicamentosa depende da apresentação clínica do paciente e é individualizada. Em casos mais graves, como sintomas gástricos, doença do sistema nervoso central e doença macro vascular, os medicamentos mais utilizados são os corticosteroides e os imunossupressores (ciclofosfamida e azatioprina). Em casos mais comuns os medicamentos mais prescritos são Colchicina, azatioprina e ciclosporina. (Yahalom et al, Bloch et al, Suleiman et al, Rosh et al, Turgeman et al., 2016).

A colchicina é usada para prevenir e aliviar ataques agudos. A azatioprina e a ciclosporina controlam os sintomas oculares. (Mendes et al, Correia et al, Barbedo et al, Vaio et al, Mota et al, Gonçalves et al, Valente et al.,2017).

A azatioprina interfere na síntese de purinas e é citotóxica, é amplamente utilizada para imunossupressão, principalmente para o controle de doenças autoimunes, o principal efeito adverso é a depressão da medula óssea. (Duarte et al ,2019).

A ciclosporina apresenta potente atividade imunossupressora e o efeito adverso mais comum e mais grave é a nefro toxicidade. (COUTINHO et al. 2017).

O tratamento depende das manifestações clínicas do paciente, da gravidade e requer uma equipe multidisciplinar: médico, reumatologista, nutricionista, enfermeiros, farmacêuticos e psicólogos. (FERRÃO et al.,2021)

A talidomida é prescrita para úlceras orais, genitais e pseudofoliculite. (PIRES et al, 2016). Atualmente a talidomida retornou como um fármaco com boa atividade imunomoduladora e anti-inflamatória, sempre que for prescrito, o paciente deverá receber junto com a medicação um termo de esclarecimento, onde deverá ser preenchido e assinado um termo de responsabilidade pelo médico que a prescreveu. (BORGES et al, 2015). O uso da talidomida é restrito por apresentar efeitos teratogênicos em mulheres na idade fértil e tem sido utilizada na forma muco cutânea. (PIRES et al.,2016).

Existem recomendações não farmacológicas indispensáveis para um controle dos sintomas da doença, como evitar dietas muito salgadas, condimentadas e apimentadas, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e agentes de limpeza dentária ou de higienização oral que possam ser irritantes. O tratamento cirúrgico é utilizado nas complicações arteriais, por recorrência do aneurisma, os riscos aumentam muito quando a cirurgia é realizada na fase ativa da doença. (NEVES et al, MORAES et al, GONÇALVES et al, 2021).

O tratamento da doença de Behçet na infância é ainda mais complicado por não ser tão conhecida pelos pediatras. Isso é devido à sua baixa frequência e ao fato de ser de difícil diagnóstico, uma vez que os sintomas são por vezes mais tardios. Ela deve ser lembrada em toda a criança que apresentar úlceras orais recorrentes (mais de 3 episódios ao ano), associadas a outras manifestações clínicas inespecíficas. Com exceção de alguns países do Mediterrâneo, como Israel e Turquia, a frequência da doença de Behçet é baixa. (MIZKI et al, INOKO et al, OHNO et al, 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 01: Caracterização dos artigos da amostra, Recife, Brasil, 2023.

A partir da análise dos artigos e para facilitar a compreensão, apresentamos no quadro 1 suas principais características, ano, título e autores.

Ano	Título	Autoria	Periódico
2021	Síndrome de Behçet: à procura de evidências	Neves et al, Moraes et al, Gonçalves et al.	Revista Brasileira de Reumatologia.
2021	Acometimento vascular na doença de Behçet: o processo imunopatológico	Ferrão et al, Almeida et al, Marinho et al, Vasconcelos et al, Correia et al.	Scielo
2016	Aneurisma de artéria poplítea como manifestação da doença de Behçet descompensada	Yahalom et al, Bloch et al, Suleiman et al, Rosh et al, Tugerman et al.	Scielo
2018	Gene patogênico responsável pela predisposição da doença de Behçet	Mizki et al, Inoko et al, Ohno et al.	Revista de Imunologia
2017	Doença de Behçet ocular: a nossa realidade	Coutinho et al, Silva et al, Ferreira et al, Grima et al, Lisboa et al, Bernardo et al, Prieto et al.	Revista Brasileira de Oftalmologia.
2015	Doença de Behçet: aspectos importantes e característicos	Oliveira et al.	Faculdade de Educação e Meio Ambiente.

Quadro 2: Distribuição dos artigos da amostra, por autoria, e principais achados, Recife, Brasil, 2023.

A partir da análise dos artigos encontrados, apresentamos no quadro 2 os seus autores e os principais conteúdos neles destacados.

Autoria	Síntese/ Principais Achados
Neves et al, Moraes et al, Gonçalves et al.	A síndrome de Behçet (SB) é uma afecção inflamatória multissistêmica, de acometimento vascular e de causa ainda desconhecida, basicamente caracterizada por úlceras orais e genitais recorrentes, uveíte e lesões cutâneas. Neves et al, Moraes et al, Gonçalves et al. 2021
Ferrão et al, Almeida et al, Marinho et al, Vasconcelos et al, Correia et al.	A DB vascular pode envolver também pequenas e grandes veias e artérias da circulação pulmonar, que são focos comuns de desenvolvimento de aneurismas, além de outras estruturas pulmonares, como parênquima e pleura. A prevalência do envolvimento pulmonar na DB varia de 1 a 8%, podendo se manifestar clinicamente com hemorragia alveolar, derrame pleural, embolia e hipertensão pulmonar, sendo a rotura local de aneurismas uma das principais causas de morte nos pacientes portadores da DB. (Ferrão et al, Almeida et al, Marinho et al, Vasconcelos et al, Correia et al. 2021).
Yahalom et al, Bloch et al, Suleiman et al, Rosh et al, Tugerman et al.	.. A patogenicidade da lesão aneurismática arterial é explicada por uma reação inflamatória envolvendo a camada média e adventícia do vaso. Histologicamente, os vasa vasorum encontram-se circundados por um intenso processo inflamatório leucocitário. (Yahalom et al, Bloch et al, Suleiman et al, Rosh et al, Tugerman et al. 2016).
Mizki et al, Inoko et al, Ohno et al.	Sabe-se que o HLA-B51 está associado à doença de Behçet (DB) em muitos grupos étnicos diferentes. A hipótese pode ser apresentada de que as moléculas de B51 estão envolvidas principalmente no desenvolvimento de BD através da apresentação específica de antígenos. (Mizki et al, Inoko et al, Ohno et al. 2018).
Coutinho et al, Silva et al, Ferreira et al, Grima et al, Lisboa et al, Bernardo et al, Prieto et al.	A manifestação ocular mais frequente foi a panuveíte. Esta doença pode condicionar complicações oculares com diminuição irreversível da acuidade visual. A orientação destes doentes exige uma abordagem global e interdisciplinar. Coutinho et al, Silva et al, Ferreira et al, Grima et al, Lisboa et al, Bernardo et al, Prieto et al. (Coutinho et al, Silva et al, Ferreira et al, Grima et al, Lisboa et al, Bernardo et al, Prieto et al. 2017).
Oliveira et al.	Os sintomas são caracterizados por remissões e exacerbações súbitas, e os

	episódios tornam-se menos frequentes ao longo do tempo. (Oliveira et al. 2015)
--	--

A síndrome de Behçet é uma doença autoimune que apresenta diversas manifestações, os artigos acima detalham sobre as manifestações mais comuns.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No término dessa pesquisa percebemos o quanto de doenças que são totalmente desconhecidas pela maioria das pessoas e o quanto de trabalho que é necessário para estudá-las. A DB é uma dessas doenças pouco conhecidas tanto por nós, quanto pelos especialistas.

Esperamos que esse projeto sirva de fonte de informações para que as pessoas saibam um pouco mais sobre uma dessas doenças ainda em fase de estudos e descobrimentos.

Com as informações que reunimos neste projeto mostramos os primeiros passos que alguém com suspeitas possa agir e como tratar ou cuidar de alguém acometido pela DB, fazendo com que possamos contribuir com o aumento dos diagnósticos enquanto é cedo para um tratamento feito de forma correta e orientada, para então diminuir as taxas de óbito causadas por decorrências da Síndrome de Behçet.

REFERÊNCIAS

NEVES F. S.; MORAES J. C.; GONÇALVES C. R. Síndrome de Behçet: à procura de evidências. Rev Bras Reumatol. 2021;46(Supl. 1):21-9. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042006000700005>>» <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042006000700005>>.

FERRÃO C.; ALMEIDA I.; MARINHO A.; VASCONCELOS C.; CORREIA J. A. A

Nossa regra de ouro na doença de Behçet: tratar a manifestação clínica. Arq Med. 2016;29(3):75-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.202200131>.

YAHALOM M.; BLOCH L.; SULEIMAN K.; ROSH B.; TUGUERMAN Y. Envolvimento Cardiovascular na doença de Behçet: implicações clínicas. Int J Angiol. 2016;25(5):e84-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1551796 PMid:28031663>.

FILHO J. J. A. et al. Assistência de enfermagem a paciente com surdez em um setor de ginecologia:Relato de experiência. Braz. J. Hea. Rev Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10038 - 10047, 2020.

CASTRO D. F. Jr.; SOARES L. P.; FRAZÃO C. T. V.; et al. Aneurisma de artéria poplítea em paciente jovem com doença de Behçet. Relatos Casos Cir. 2017; 3:1-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492006000300010>.

MIZKI N.; INOKO H.; OHNO S. Pathogenic gene responsible for the predisposition to Behçet's disease. Int Rev Immunol. 2020;14(1):33- 48. doi: 10.3109/08830189709116843. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2021/04/RBAC-4-2020-revista-completa.pdf>.

SAKANE T.; TAKENO M.; SUZUKI N.; INABA G. Behçets disease. N Engl J Med

2021: 1284-91, 1999 Disponível em

<https://www.scielo.br/j/rbr/a/gpYDHJnbBdJzVh85ghS4Nbc/?

lang=pt#:~:text=A%20T

urquia%20apresenta%20as%20maiores,

o%20car%3%A1ter%20sist

%3%AAmico

%20da%20s%3%ADndrome>.

Vargas RM, Cruz MLN, Giarllarielli MPH, et al. Acometimento vascular da doença

de Behçet: o processo imunopatológico. J Vasc Bras. 2021;20; e20200170.

<https://doi.org/10.1590/1677-5449.200170>

»

<https://doi.org/10.1590/16775449.200170>

Tong B, Liu X, Xiao J, Su G. Immunopathogenesis of Behcet's disease. Front

Immunol. 2019; 10:665. <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2019.00665>

PMid:30984205.

» <http://dx.doi.org/10.3389/fimmu.2019.00665>

Oliveira MRC. Doença de Behçet: aspectos importantes e característicos [tese].

Ariquemes, RO: Faculdade de Educação e Meio Ambiente; 2015. »

<http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.200201>

Scherrer MAR, Rocha VB, Garcia LC. Doença de Behçet: Revisão com ênfase nos

aspectos dermatológicos. Um Bras Dermatol. 2017; 92:452-64. »

[http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text=Behcet](http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text=Behcet%27s%20di)

[sease:%20review%20with%20emphasis%20on%20dermatological%20aspects](http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text=Behcet%27s%20di)

Yazici H, Seyahi E, Hatemi G, Yazici Y. Síndrome de Behçet: uma visão contemporânea. Nat Rev Rheumatol. 2018; 14:119.

»<http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/similar.php?>

[lang=en&text=Behcet%20syndro](http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/similar.php?)

[me:%20a%20contemporary%20view](http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/similar.php?)

