



UNIVERSIDADE FRANCISCANA  
ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA

**Mônica Mogan Hasse**

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO II

HISTOPLASMOSE ADRENAL BILATERAL: UM RELATO DE CASO  
ADRENAL HISTOPLASMOSIS BILATERAL: A CASE REPORT

**Orientador Prof. Dr. Luiz Alberto Fontoura Pereira**

Santa Maria, Rio Grande do Sul

2021

**Mônica Mogan Hasse**

HISTOPLASMOSE ADRENAL BILATERAL: UM RELATO DE CASO  
ADRENAL HISTOPLASMOSIS BILATERAL: A CASE REPORT

Trabalho Final Graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana – UFN, como requisito para a aprovação na disciplina TFG II.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Alberto Fontoura Pereira

Santa Maria, RS

2021

A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova a monografia.

## **HISTOPLASMOSE ADRENAL BILATERAL: UM RELATO DE CASO**

Elaborada por

**Mônica Mogan Hasse**

Como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em  
Medicina

---

Prof. Dr. Luiz Alberto Fontoura Pereira  
Orientador (Universidade Franciscana)

---

Prof. Dra. Grazielli dos Santos Lidtke  
Universidade Franciscana

---

Dra. Giulia Limana Guerra

Santa Maria, RS

19 de novembro de 2021

## RESUMO

As glândulas adrenais ou suprarrenais estão situadas nos polos superiores dos rins e pesam cerca de 6 a 11 gramas. São divididas em duas partes: o córtex e a medula. A medula é a parte mais interna, responsável pela secreção de adrenalina e noradrenalina enquanto o córtex é dividido em três camadas: a zona glomerulosa, fasciculada e reticular, responsáveis pela secreção de hormônios corticoesteróides - os glicocorticoides, mineralocorticoides e os precursores androgênicos. Por possuírem seu próprio sistema de suporte sanguíneo e serem glândulas muito vascularizadas (formam o plexo subcapsular) podem ser acometidas mais facilmente por metástases, infecções ou doenças autoimunes. Distúrbios no córtex das adrenais levam ao aumento ou a supressão na produção desses hormônios. No caso de infecções como as causadas pela histoplasmoze, essas massas fúngicas simulam massas neoplásicas. O mecanismo fisiopatológico dessa infecção é explicado pela insuficiência adrenal levando a ineficiente produção dos mineralocorticoides gerando como consequência hiponatremia, hiperpotassemia e a produção ineficiente dos glicocorticoides, causando déficit na produção de cortisol. O quadro clínico causado por essas infecções geralmente se inicia com perda de peso (sem intenção), fadiga, desânimo, hiperpigmentação da pele, hipotensão ortostática, hipoglicemia, náuseas e vômitos. O diagnóstico se faz por meio de exames de imagem, nas quais é possível observar massas fúngicas nas adrenais, sendo confirmado através da tomografia computadorizada. Além disso, por meio do teste de cortrosina é possível verificar a ausência de resposta do cortisol plasmático. Os valores de ACTH estarão elevados juntamente com o quadro de hiponatremia, hipercalemia e redução do cortisol plasmático. O tratamento é realizado com o uso de antifúngicos, especialmente itraconazol.

Palavras-chave: glândulas adrenais, histoplasmoze, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento.

## **ABSTRACT**

The adrenal or adrenal glands are located in the upper poles of the kidneys and weigh about 6 to 11 grams. They are divided into two parts: the cortex and the medulla. The medulla is the innermost part, responsible for the secretion of adrenaline and norepinephrine while the cortex is divided into three layers: the glomerulosa, fasciculate and reticular zone, responsible for the secretion of corticosteroid hormones - glucocorticoids, mineralocorticoids and androgenic precursors. Because they have their own blood support system and are highly vascularized glands (they form the subcapsular plexus) they can be more easily affected by metastases, infections or autoimmune diseases. Disorders in the adrenal cortex lead to an increase or suppression in the production of these hormones. In the case of infections such as those caused by histoplasmosis, these fungal masses simulate neoplastic masses. The pathophysiological mechanism of this infection is explained by adrenal insufficiency leading to an inefficient production of mineralocorticoids, resulting in hyponatremia, hyperkalemia and the inefficient production of glucocorticoids, causing deficit in the production of cortisol. The clinical picture caused by these infections usually begins with weight loss (unintentionally), fatigue, discouragement, skin hyperpigmentation, orthostatic hypotension, hypoglycemia, nausea and vomiting. The diagnosis is made by means of imaging exams, in which it is possible to observe fungal masses in the adrenal glands, being confirmed through aspiration puncture of the adrenal glands directed by scintigraphy. In addition, by means of the cortrozine test, it is possible to verify the lack of response of the plasma cortisol. ACTH values will be elevated along with hyponatremia, hyperkalemia and reduced plasma cortisol. Treatment is performed with the use of antifungals, especially itraconazole.

Keywords: adrenal glands, histoplasmosis, pathophysiology, diagnosis, treatment.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	4
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
1.1 <i>OBJETIVOS</i> .....	7
<b>2. CASO CLÍNICO.....</b>	<b>8</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
2.1 <i>EPIDEMIOLOGIA</i> .....	11
2.2 <i>ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA</i> .....	11
2.3 <i>CLÍNICA E DIAGNÓSTICO</i> .....	12
2.4 <i>TRATAMENTO</i> .....	13
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>5. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>15</b>
ANEXO A: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	17
ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	18
ANEXO C: DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.....	19

## 1-INTRODUÇÃO

O *Histoplasma Capsulatum* é um fungo dimórfico térmico, agente etiológico causador da Histoplasmose (Harrison et al., 2017). Endêmico em áreas da África, Sudeste Asiático, América do Norte, América do Sul, Europa Oriental e Meridional (Jayathilake et al., 2020), o histoplasma cresce em solos acidóticos e úmidos, ricos em excretas de pássaros e morcegos. A infecção se faz através da inalação de micélios, forma contagiosa do histoplasma, pela apresentação de microlídeos. Quando esses atingem os alvéolos, são reconhecidos e apreendidos pelos macrófagos, dando início ao processo de imunidade celular com o recrutamento de neutrófilos e células NK. Caso o paciente seja imunocompetente, essas células de defesa conseguem formar granulomas mais eficientes os quais conseguem conter os microorganismos através da fibrose e calcificação. Se o paciente for imunodeprimido, é mais corriqueiro que a infecção se dissemine (Harrison et al., 2017). Mesmo que seja mais comum pacientes imunocompetentes serem assintomáticos, eles podem eventualmente desenvolver a forma disseminada. Quando isso ocorre, um dos órgãos mais comumente atingidos são as glândulas adrenais, podendo levar a insuficiência adrenal e a morte (Colin et al., 2016). Acredita-se que o principal motivo pelo acometimento das adrenais na histoplasmose disseminada seja em decorrência da produção e liberação de glicocorticóides pelas glândulas e ausência de células reticuloendoteliais (Roubsanthisuk et al., 2002). A destruição ocorre diretamente pelo *Histoplasma Capsulatum*, ocasionando uma vasculite intra e extracapsular a qual cursa com isquemia e caseificação (William et al., 2005). Uma vez atingindo as adrenais, a infecção pode cursar com focos isolados de macrófagos corticais ou até mesmo a substituição do tecido adrenal pela forma granulomatosa com massas fúngicas calcificadas que em exames de imagem facilmente são confundidas com metástases ou tuberculose (Jayathilake et al., 2020).

Tal patologia, quando leva a insuficiência adrenal, apresenta-se com febre, náuseas, vômitos, hipotensão postural, hipercalemia, hiponatremia, hiperpigmentação da pele, perda de peso e suores noturnos. No entanto, para o paciente apresentar esses sintomas, a glândula deve ser destruída em torno de 90%, o que se torna raro na histoplasmose disseminada, já que outros sintomas levarão o paciente a procurar atendimento médico (Fortaleza et al., 2004). O diagnóstico é feito pela biópsia percutânea de fragmentos ("core biopsy"), dirigida por ecografia e/ou tomografia

computadorizada. Mas, a cultura do tecido fúngico é o padrão ouro para confirmar o diagnóstico (Jayathilake et al., 2020).

A expectativa da apresentação desse caso clínico é de que possa ser compreendido melhor essa doença, além de agregar com informações imprescindíveis para um possível diagnóstico. Além disso, compreender quando é relevante questionar a possibilidade de se tratar de uma Insuficiência Adrenal devido a Histoplasrose Disseminada.

## 1.2 Justificativas

Uma das maiores motivações para a escolha do caso clínico se deve pelo fato de o mesmo ter uma manifestação clínica vasta e por ser facilmente confundido com metástases adrenais. Além disso, é de fundamental importância que exista a realização desse estudo para agregar a literatura e os conhecimentos atuais.

## 1.3 Objetivos gerais e específicos

Relatar o caso de um paciente diagnosticado com Insuficiência Adrenal Primária por Infecção Disseminada de Histoplasrose.

Relatar achados no paciente compatíveis com a patologia descrita.

Explicar características da patologia conforme a literatura.



## 2 CASO CLÍNICO

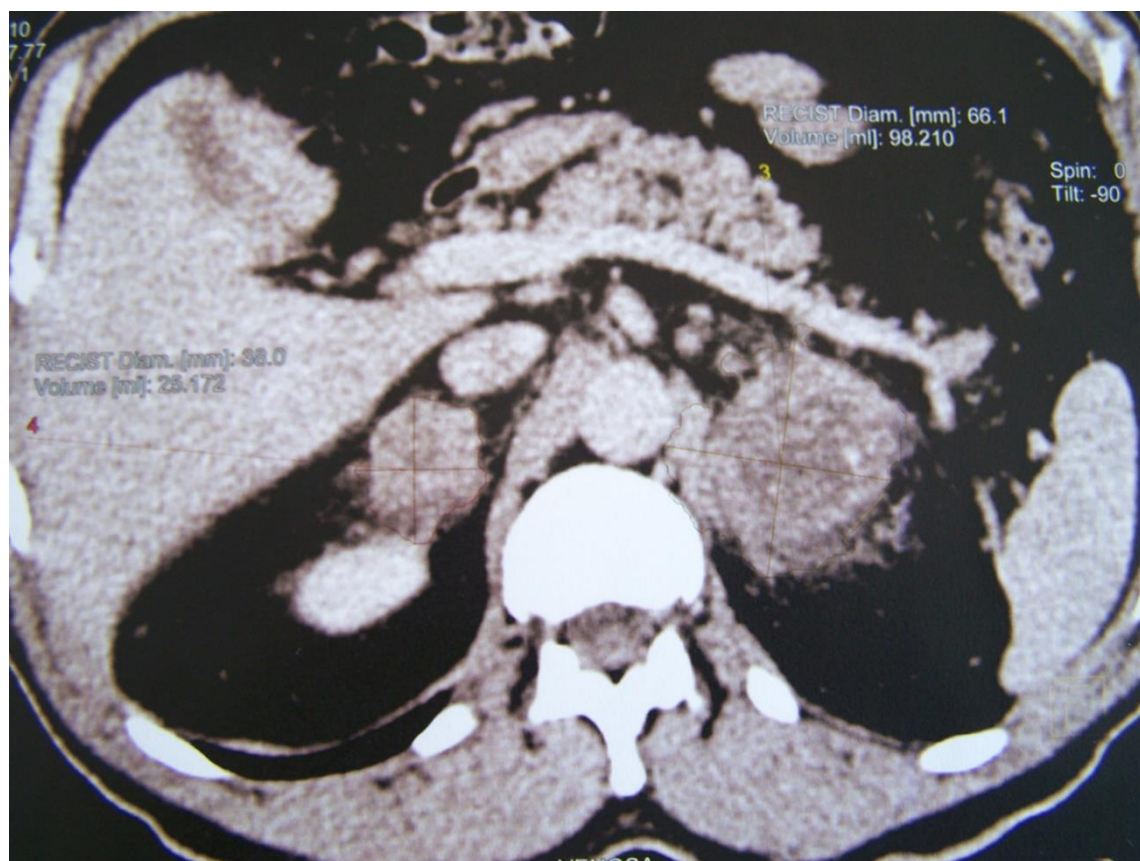
Paciente masculino, 67 anos, relata ter tido uma infância e desenvolvimento normais. Contou que aos 18 anos pesava em torno de 68 quilos e que quando casou-se, aos 26 anos, pesava 80 quilos. Chegou a pesar 106 quilos, mantendo-se hoje em 88 a 90 quilos. Há seis meses iniciou quadro de inapetência, distúrbios digestivos, redução de peso não intencional, desânimo, cansaço fácil e comportamento depressivo. Relata que devido a isso, há três meses a família resolveu tirar férias por um mês na praia, mas os sintomas persistiram e, somado a eles, os familiares começaram a perceber o surgimento de manchas escurecidas na pele, sem exposição solar (Figura 1). Refere que posteriormente iniciou com quadro de hipotensão postural e mais 6 quilos perdidos. Em razão disso, procurou atendimento médico sendo solicitado a internação hospitalar para investigação. Na cintilografia torácica e de ossos não foram observadas alterações. Na tomografia de abdômen foi possível notar aumento de volume de glândulas adrenais bilateralmente (Figura 3). Foi levantada a hipótese de metástase adrenal bilateral de etiologia a esclarecer. Dosagens laboratoriais revelaram quadro de hiponatremia, hipercalemia, cortisol plasmático reduzido e ACTH > 1000 PG/ML. O resultado do teste de injeção de Cortrosina IV evidenciou ausência de resposta do cortisol plasmático. Na punção aspirativa de adrenais, guiada por tomografia de abdômen, foi diagnosticado infecção fúngica maciça por Histoplasmosse (Figura 04). Foi iniciado tratamento com itraconazol, reposição de hidrocortisona oral, 10 mg três vezes ao dia, e 9-alfa-fludrocortisona 0,1 mg, em dias alternados. Após um mês e meio de tratamento, em uma nova tomografia computadorizada de abdômen, foi observado uma redução da massa fúngica em 80% em adrenal direita e 30% em adrenal esquerda.



**Figura 01:** Hiperpigmentação da pele.



**Figura 02:** Hiperpigmentação nas pregas palmares.



**Figura 03:** Achados da Histoplasnose Adrenal na Tomografia Computadorizada em corte transversal.



**História Clínica:**

Síndrome de Addison. Lesão expansiva de adrenal E de natureza a esclarecer. Tabagista.

**Diagnóstico:**

Adrenal, biópsias por agulha - histopatológico + pesquisa de fungos.

- **INFECÇÃO FÚNGICA MACIÇA EM AMOSTRA DE ADRENAL.**

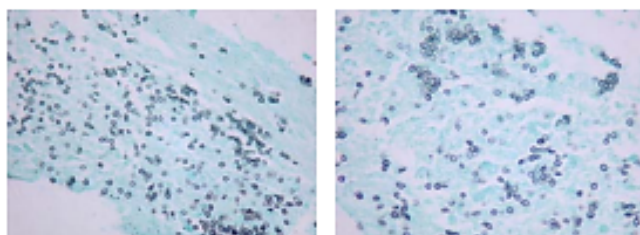
**Macroscopia:**

Em formol, em frasco identificado com o nome da paciente, dois fragmentos filiformes de tecido pardo-claro e elástico, medindo 1,2 cm de comprimento.

MTI/1B(2F)MV

**Microscopia:**

A amostra mostra extensas áreas de necrose nas quais não se identificam elementos celulares viáveis. Parte da amostra contém estroma fibroso e presença de células de núcleos pequenos e monótonos, formando estruturas glandulares de aparência benigna, consistentes com tecido residual da adrenal. A coloração pela prata-metamina revela infecção maciça por elementos fúngicos leveduriformes, nos quais não é possível identificar multibrotamento.



1 FUNGOS/ PRATA

2 IDEM

**Nota:**

Em nosso serviço a identificação morfológica do fungo é feita quando se identificam elementos característicos, como o multibrotamento (*Paracoccidioides brasiliensis*) ou brotamento unipolar constante (*Histoplasma capsulatum*). No presente caso, tanto pode-se tratar de uma histoplasmose quanto de formas pequenas de *P. brasiliensis*, que ocorrem em pacientes imunodeprimidos.

**Figura 04:** Laudo histopatológico.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 2.1 Epidemiologia:

A Insuficiência Adrenal causada pela Histoplasmose Disseminada é uma patologia que raramente afeta indivíduos imunocompetentes (GAjendrA et al., 2015). No entanto, quando ocorre a disseminação da infecção, em torno de 80% a 90% dos casos acometem as adrenais, mas somente 10% desses casos causam a Insuficiência Adrenal Primária (Kauffman et al., 2020).

Os pacientes que mais facilmente desenvolverão a Histoplasmose Disseminada são os que apresentam fatores de risco como extremos de idade, HIV positivos ou em uso de medicamentos imunossupressores (Kauffman et al., 2020). Porém, em áreas endêmicas, até 80% da população que se infecta por via inalatória apresenta testes cutâneos positivos para histoplasmina, mesmo sendo assintomáticos (Jombo et al., 2010),

#### 2.2 Anatomia e Fisiopatologia:

As glândulas adrenais estão situadas entre as faces súpero-mediais dos rins e o diafragma, pesando em torno de 6 a 11 gramas. A glândula direita faz contato direto com a veia cava inferior ântero-medialmente e com o fígado ântero-lateralmente. A esquerda, com o baço, estômago e pâncreas. Estão envolvidas por uma cápsula fibrótica e um coxim de gordura, contendo duas partes: córtex e medula (Moore et al., 2019). O córtex deriva do mesoderma e é responsável pela produção de glicocorticóides, mineralocorticóides e precursores androgênicos (Harrison et al., 2017). A produção desses hormônios é essencial para que os rins retenham sódio e água aumentando o volume circulatório em situações de estresse, sendo esse eixo regulado pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona. Já a medula das glândulas suprarrenais deriva da crista neural e é responsável pela secreção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), ativadas em situações de estresse aumentando assim a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e dilatando os bronquíolos. São ricamente irrigadas, penetrando em torno de 50 a 60 artérias em cada glândula. As principais são: artérias suprarrenais superiores, médias e inferiores. (Moore et al., 2019).

A fisiopatologia da Histoplasmose Adrenal se faz primeiramente com a infecção, geralmente via inalatória, do *Histoplasma Capsulatum*. Nesse momento, em indivíduos imunocompetentes, uma cadeia de respostas imunes é acionada. Macrófagos tentam conter esses micrólídeos, formando um granuloma e tornando a infecção latente. Em pacientes imunocomprometidos ou em faixas etárias extremas, a infecção se dissemina via vasos linfáticos, atingindo em quase 90% dos casos as glândulas adrenais. No entanto, depois de infectado o período de latência se estender até 60 anos, desenvolvendo a forma aguda ou disseminada quando o sistema imune falhar (Jaiswal et al., 2011).

A preferência pela glândula adrenal na infecção disseminada da Histoplasmose se deve pelo tropismo que o fungo tem por altas concentrações de corticosteroides. São encontradas mais frequentemente na zona fascicular, onde há maior concentração de corticoides. Quando células dos fungos atingem vasos da glândula adrenal, que é abundantemente vascularizada, formam-se êmbolos nesses pequenos vasos, levando a endovascularite e formação de granuloma. Em seguida a necrose caseosa e a isquemia causam perda de tecido e posteriormente a Insuficiência Adrenal (William et al., 2005), percebida quando em torno de 90% da glândula perdeu a sua função (Singh et al. 2019). No entanto, em um estudo com 58 pacientes com Histoplasmose Disseminada, apenas 12 tiveram envolvimento de adrenais e nenhum apresentou Insuficiência Adrenal (Kauffman et al., 2001).

### 2.3 Clínica e Diagnóstico

O diagnóstico da Histoplasmose Adrenal é feito através da biópsia percutânea de fragmentos, guiada por ecografia e/ou tomografia computadorizada. É considerado o método padrão-ouro, já que exames de imagem, como a ressonância magnética podem deixar dúvidas quanto ao diagnóstico devido as massas fúngicas serem facilmente confundidas com metástases, sendo, portanto, fundamental a realização de biópsia. Os achados serão vistos pelo aumento da glândula adrenal, hipodensidade central, sugestivo de necrose e hemorragia, e aumento das septações com realce da borda periférica (Larbcharoensub et al., 2011). Microscopicamente, os achados serão: inflamação granulomatosa com necrose caseosa (infiltrados de células mononucleares e células gigantes nucleadas), grânulos hialinos ovais ou leveduras extracelulares com gemas únicas anexadas em bases, frequentemente dispostas em aglomerados (Rana et al., 2011). Além disso, existe o teste da injeção

de Cortrosina (ACTH sintético), feito com 0,25 mg EV de Cortrosina. Ele serve para avaliar a produção de cortisol pela glândula adrenal, corroborando com o diagnóstico.

O quadro clínico se apresenta com os mesmos sintomas da Insuficiência Adrenal. Os pacientes relatam perda de peso não intencional, hipotensão ortostática, hiperpigmentação cutânea, suores noturnos, fadiga, inapetência, distúrbios da digestão, comportamento depressivo. Facilmente esses sintomas podem ser confundidos com o Transtorno Depressivo Maior, dificultando o diagnóstico.

Além disso, os achados em exames laboratoriais indicam distúrbios hidroeletrólíticos, como hipercalemia, hiponatremia, cortisol plasmático baixo e ACTH elevado (Jayathilake et al., 2020)

## 2.4 Tratamento

O tratamento para a Histoplasmose Adrenal se faz com o uso de antifúngicos. Em casos moderados a graves é indicado o uso de anfotericina B, com a dose de 3 a 4 gramas, seguido pelo uso de itraconazol por pelo menos um ano (Wahab et al., 2012). Em muitas situações o uso isolado do itraconazol é suficiente para erradicar a infecção fúngica. É recomendado o tratamento de pelo menos um ano, pois o *Histoplasma Capsulatum* tem a habilidade de permanecer latente no organismo (Mudawi et al., 2008).

Além disso, como na maioria dos casos a doença só é diagnosticada quando o paciente tem uma perda de 90% da funcionalidade da glândula, é preciso repor os hormônios por ela produzidos. Em geral é indicado o uso de hidrocortisona oral e 9-alfa-fludrocortisona por tempo indeterminado (Adderson et al., 2006). Um estudo recente com 40 pacientes relatou que nenhum atingiu valores normais de cortisol sérico mesmo após o tratamento efetivo por um ano (Singh et al., 2018).

Quando não tratada, a Histoplasmose Disseminada pode chegar de 80 a 100% de mortalidade, mas com o tratamento ela reduz para 25% (Wahab et al., 2012).

## 4 CONCLUSÃO

Como a Histoplasmose Adrenal é uma patologia que acomete pacientes imunossupressivos na maioria dos casos, pensar nessa hipótese em um paciente que não seja imunossupresso é fundamental para não deixar de fazer um diagnóstico. Além disso, muitas vezes o diagnóstico se confunde com sintomas do Transtorno Depressivo Maior dificultando assim o raciocínio clínico e retardando o diagnóstico. Por isso, é fundamental considerar a história clínica do paciente e os fatores de risco, tendo em vista que a mortalidade, quando não tratada, possui taxas elevadas.



## REFERÊNCIAS

1. Harrison, et al., Medicina Interna – 2017
2. Jayathilake, et al. A Rare Presentation of Possible Disseminated Histoplasmosis with Adrenal Insufficiency Leading to Adrenal Crisis in an Immunocompetent Adult: A Case Report. Disponível em: < <https://www.hindawi.com/journals/crim/2020/8506746/>>. Acesso em 01 de abril de 2021.
3. Colin, et al. Bilateral adrenal histoplasmosis in an immunocompetent man from Texas. Disponível em < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27995051/>>. Acesso em 01 de abril de 2021.
4. Roubanthisuk, et al. Primary Adrenal Insufficiency Caused By Disseminated Histoplasmosis: Report Of Two Cases. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12113639/>>. Acesso em 01 de abril de 2021.
5. William, et al. Adrenal infections. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16483815/#:~:text=Adrenal%20infections%20are%20an%20important,and%20alteration%20in%20endocrine%20function>>. Acesso em: 01 de abril de 2021.
6. Fortaleza, et al. Histoplasmoze disseminada aguda em indivíduo imunocompetente. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132004000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000300014)>. Acesso em: 20 de abril de 2021.
7. Gajendra, et al. Adrenal Histoplasmosis in Immunocompetent Patients Presenting as Adrenal Insufficiency. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27136109/>>. Acesso em: 23 de março de 2021.
8. Jombo, et al. A review of literature on unusual clinical presentations and potential challenges in diagnosis of histoplasmosis. Disponível em: < <https://academicjournals.org/journal/JCMR/article-full-text-pdf/79A2CB24397>>. Acesso em: 01 de abril de 2021.
9. Moore, et al, Anatomia Orientada para a Clínica – 2019; Grupo Gen.
10. Jaiswal, et al. Diagnosis of adrenal histoplasmosis by fine needle aspiration cytology: an analysis based on five cases. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20825451/>>. Acesso em: 01 de abril de 2021.
11. Kauffmann, et al. Pathogenesis and clinical manifestations of disseminated histoplasmosis. Disponível em: < <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-and-clinical-manifestations-of-disseminated-histoplasmosis?csi=a3d91646-1d03-4176-84c0-3f601b15f30c&source=contentShare>>. Acesso em 20 de abril de 2021.

12.Singh, et al. Clinical outcomes and cortical reserve in adrenal histoplasmosis—A retrospective follow-up study of 40 patients. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30656706/>>. Acesso em 23 de março de 2021.

13.Larbcharoensub, et al. Adrenal histoplasmosis: a case series and review of the literature. Disponível: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22299474/>>. Acesso em 01 de abril de 2021.

14.Rana, et al. Adrenal histoplasmosis: a diagnosis on fine needle aspiration cytology. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20949473/>>. Acesso em 23 de março de 2021.

15.Nassif, et al. Histoplasmosose Adrenal Mimetizando Um Carcinoma Em Homem Immunocompetente: Relato De Caso. Disponível em: < CF Benevides, RO Durães, B. Aquino, L. Schiavon Lde, JL Narciso-Schiavon,C. Buzzoleti Fda, histoplasmosose adrenal bilateral em homem imunocompetente,Rev. Soc. Bras. Med Trop. 40 (2007) 230–233>. Acesso em 20 de abril de 2021.

16.Mudawi, et al. Addison's disease due to Histoplasma duboisii infection of the adrenal glands. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18521476/>>. Acesso em: 20 de abril de 2021.

17.Adderson, et al. Histoplasmosis. Disponível em: < [https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&prev=\\_t&sl=auto&tl=pt&u=http://refhub.elsevier.com/S2211-7539\(16\)30055-0/sbref1](https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&prev=_t&sl=auto&tl=pt&u=http://refhub.elsevier.com/S2211-7539(16)30055-0/sbref1)>. Acesso em 01 de abril de 2021.

18.Kauffman, et al. Fungal Infections in Older Adults. Disponível em: <<https://academic.oup.com/cid/article/33/4/550/277987>>. Acesso em 01 de abril de 2021.

## ANEXOS

### ANEXO A: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

#### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto:** HISTOPLASMOSE ADRENAL: UM RELATO DE CASO  
**Pesquisador responsável:** Dr. Luiz Alberto Fontoura Pereira  
**Demais pesquisadores:** Mônica Mogan Hasse  
**Instituição de origem do pesquisador:** Universidade Franciscana  
**Área de Conhecimento:** Endocrinologia  
**Curso:** Medicina  
**Telefone para contato:** 55 999940230  
**Local da Coleta de dados:** Hospital De Caridade Dr. Astrogildo De Azevedo - HCAA

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujas informações serão estudadas;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

O(s) Pesquisador(es) declara(m) ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Santa Maria, .....<sup>21</sup>..... de .....*junho*..... de 2021



Assinatura Pesquisador

Nome: LUIZ ALBERTO FONTOURA PEREIRA  
RG: 9057422249

## ANEXO B: TCLE

Paciente

Página 1 de 1

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, no estudo **HISTOPLASMOSE ADRENAL: UM RELATO DE CASO**. Este estudo tem como objetivo expandir e difundir o conhecimento sobre esta patologia. Acreditamos que ela seja importante para ampliar o conhecimento médico quanto a apresentação clínica, evolução e manejo da Histoplasmose Adrenal.

A sua participação no referido estudo será de fornecer e autorizar a utilização de seus dados clínicos e laboratoriais do caso clínico/cirúrgico bem como documentação radiológica que se encontra no prontuário.

Nós, pesquisadores, garantimos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, que seu nome ou qualquer outra informação que possa, de alguma maneira, lhe identificar, **SERÁ MANTIDA EM SIGILO**. Nós também nos responsabilizamos pela guarda e confidencialidade dos dados, assim como de sua não exposição. Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implicará em qualquer modificação no tratamento/acompanhamento que já está sendo feito.

Também informamos que sua participação é livre e voluntária, portanto, você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem nenhum tipo de prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos neste projeto de pesquisa são: Dr. Luiz Alberto Fontoura Pereira e Mônica Mokan Hasse vinculados a Universidade Franciscana - UFN com os quais você poderá manter contato, pelos telefones, 55 999940230 e 55 996072553, respectivamente.

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que os seus direitos, como participante de pesquisa, sejam respeitados. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de forma ética ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Franciscana (UFN), pelo telefone (55) 3220-1200, ramal 1289, pelo e-mail: [cep@ufn.edu.br](mailto:cep@ufn.edu.br), ou pessoalmente, no endereço: Rua dos Andradas, 1514, Conjunto I, prédio 7, sala 601, Santa Maria, RS, de segunda-feira à quarta-feira, das 7h30min às 11h30min, e de segunda-feira à sexta-feira, das 13h30min às 17h30min.

Informo que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e estou satisfeito com as respostas. Entendo que recebo uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo. Enfim, tendo sido orientado sobre o teor do conteúdo deste termo e compreendido a natureza e o objetivo desta pesquisa, manifesto meu livre consentimento em participar.

Dados do participante da pesquisa	
Nome	José Carlos Santos Kauffman
Telefone	55-999940230
E-mail	JKauffman@hotmail.com

Assinatura do participante da pesquisa

Santa Maria, 21. de fevereiro 2021.

Assinatura do pesquisador responsável

NOME DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

NOME DO PESQUISADOR

## ANEXO C: DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

**NOTA FINAL: \_\_\_\_\_ (até 10 pontos)**

<b>1. APRESENTAÇÃO ORAL:</b>
* Didática / Domínio do tema / Domínio do assunto / Sequência lógica da apresentação / Voz com volume adequado / Fala dirigindo-se a todos / Dicção clara / Recursos audiovisuais adequados / Capacidade de sintetizar / Utilização de terminologia adequada / Capacidade de debater o assunto / Uso do tempo - <b>Até 3,0</b>
* Avaliação Escrita / Redação do TFG Aspecto estrutural do TFG, normatização, documentos necessários - <b>Até 1,0</b>
* Domínio das habilidades que envolvem a escrita (linguagem, clareza e objetividade) - <b>Até 1,5</b>
<b>2. QUANTO AO CONTEÚDO DO TFG:</b>
* Relevância do trabalho (contribuição que o trabalho oferece para a comunidade acadêmica e/ou científica) - <b>Até 1,5</b>
* Coerência entre a problematização, temáticas abordadas e os procedimentos metodológicos - <b>Até 1,0</b>
* Fontes bibliográficas atualizadas (Artigos científicos) - <b>Até 1,0</b>
* Espaço para o orientador Interesse do aluno em aprofundar conhecimentos relativos à temática do TFG / Assiduidade e pontualidade / Entrega dos materiais e trabalho final no prazo estipulado - <b>Até 1,0</b>