



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS**  
**COORDENAÇÃO DE MEDICINA**

**EDVALDO LUCAS DA COSTA SILVA**

**CEFALEIA SECUNDÁRIA À NEUROCISTICERCOSE RACEMOSA NO IV  
VENTRÍCULO COM HIDROCEFALIA: UM RELATO DE CASO**

**PICOS**

**2023**

**EDVALDO LUCAS DA COSTA SILVA**

**CEFALEIA SECUNDÁRIA À NEUROCYSTICERCOSE RACEMOSA NO IV  
VENTRÍCULO COM HIDROCEFALIA: UM RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Medicina, do *Campus* Senador Helvídio Nunes  
de Barros, da Universidade Federal da Piauí,  
como parte dos requisitos para obtenção do  
título de Graduado em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Ferreira Mendes  
de Sousa

**PICOS**

**2023**

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca José Albano de Macêdo**

**S586c** Silva, Edvaldo Lucas da Costa

Cefaléia secundária à neurocisticercose racemosa no IV ventrículo com hidrocefalia : um relato de caso [recurso eletrônico] / Edvaldo Lucas da Costa Silva – 2023.

17 f.

1 Arquivo em PDF

Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo-CSHNB  
Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Bacharel em Medicina, Picos, 2023.

“Orientador: Dr. Antônio Ferreira Mendes de Sousa”

1. Cefaleia secundária. 2. Neurocisticercose. 3. *Taenia solium*. 4. Hidrocefalia . I. Sousa, Antônio Ferreira Mendes de. II. Título.


**CDD 616.34**


EDVALDO LUCAS DA COSTA SILVA

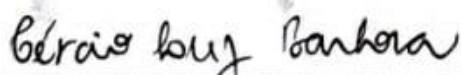
CEFALEIA SECUNDÁRIA À NEUROCYSTICERCOSIS RACEMOSA NO IV  
VENTRÍCULO COM HIDROCEFALIA: UM RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Bacharelado em Medicina da  
Universidade Federal do Piauí, Campus  
Senador Helvídio Nunes de Barros como  
requisito parcial para obtenção do Grau de  
Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Professor Dr. Antonio Ferreira Mendes de Sousa  
Orientador(a) – UFPI

  
\_\_\_\_\_  
Professora Dr<sup>a</sup>. Ticiania Maria Lúcio de Amorim  
Membro – UFPI/CSHNB

  
\_\_\_\_\_  
Professor Esp. Tércio Luz Barbosa  
Membro – UFPI/CSHNB

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos.

Agradeço ao meu pai e à minha mãe, Manoel Pereira da Silva e Maria de Natividade Costa Silva, pelo incentivo constante a alcançar meus objetivos, pelo apoio incondicional e pelo amor que conforta e fortalece, vocês foram fundamentais na minha trajetória durante esse curso. Amo vocês.

Aos meus irmãos Elizete, Janete, Maria, João Luís e Edmilson que sempre foram minhas inspirações e incentivo para realizar meus sonhos. Agradeço também aos meus sobrinhos e sobrinhas pelo amor por vocês ser uma fonte de renascimento. Não poderia deixar de estender meu agradecimento a minha namorada, Valdirene Castro, pelo apoio, incentivo e companheirismo diário.

Aos professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional e pessoal ao longo do curso.

Agradeço ao meu orientador Professor Dr. Antônio Ferreira Mendes pelos ensinamentos compartilhados.

Ao Professor Tércio por conceder os dados do caso clínico e poder aprender um pouco sobre essa fascinante especialidade que é a neurologia.

Aos meus amigos (a) do curso, com quem convivi intensamente durante os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências que certamente tiveram impacto na minha formação pessoal e profissional.

A Universidade Federal do Piauí, seu corpo docente, direção e administração, pelo ensino de qualidade que me foi concedido, essencial no meu processo de formação. Além de todo aprendizado ao longo dos anos do curso que me permitiram crescer não só como profissional, mas como pessoa.

Aos queridos pacientes, minha mais profunda gratidão pela confiança e esperança que depositaram em mim.

*"Onde quer que a arte da medicina seja  
amada, haverá também amor pela  
humanidade."  
- Hipócrates*

# CEFALEIA SECUNDÁRIA À NEUROCISTICERCOSE RACEMOSA NO IV VENTRÍCULO COM HIDROCEFALIA: UM RELATO DE CASO

## RESUMO

**Introdução:** A cisticercose do sistema nervoso central (SNC), ou neurocisticercose (NCC), é uma infecção pela forma larvária da *Taenia solium* e constitui atualmente a parasitose por helmintos mais frequente do SNC, incluindo o parênquima cerebral, ventrículos, cisternas basilares, sulcos, giros e coluna vertebral. **Objetivo:** Relatar um caso de neurocisticercose racemosa atendido em Picos, PI. **Relato de caso:** Mulher, 39 anos, com relato de diagnóstico de enxaqueca há vários anos, há cerca de 30 dias notou mudança do padrão da cefaleia que apresentava, apresentando-se bilateral, de intensidade mais forte que a habitual, com piora no decúbito dorsal e com alterações visuais descritas como escotomas cintilantes, que não apresentava anteriormente. Tomografia de crânio apresentava dilatação do sistema ventricular supra e infratentorial com sinais de permeação liquórica transependimária, apagando levemente os sulcos e diminuta calcificação periventricular esquerda. A ressonância de crânio com gadolínio mostrou imagem nodular em situação paramediana direita no aspecto inferior do IV ventrículo, com realce pós-contraste, além de proeminência dos ventrículos laterais e III ventrículo, com discreta transudação liquórica. **Discussão:** A cisticercose racemosa é uma apresentação rara da neurocisticercose, com manifestação clínica e manejo bem diferentes do NCC parenquimatosa cerebral. O diagnóstico de cisticercose racemosa é baseado na combinação de informações clínicas, epidemiológicas, radiográficas e imunológico. **Considerações Finais:** Neste caso pode se observar que o tratamento clínico foi efetivo na melhora dos sinais e sintomas da cefaleia por neurocisticercose racemosa. Ressalta-se a importância da suspeita clínica de NCC em casos de cefaleia em Picos, por ser uma área endêmica.

**Palavras-chaves:** Neurocisticercose; *Taenia solium*; cefaleia secundária.

# SECONDARY HEADACHE TO RACEMOSE NEUROCYSTICERCOSIS IN THE FOURTH VENTRICLE WITH HYDROCEPHALUS: A CASE REPORT

## ABSTRACT

**Introduction:** Cysticercosis of the central nervous system (CNS), or neurocysticercosis (NCC), is an infection by the larval form of *Taenia solium* and is currently the most frequent parasitosis by helminths of the CNS, including the brain parenchyma, ventricles, basilar cisterns, sulci, gyri and spine. **Objective:** In this study, we report a case of racemose neurocysticercosis seen in Picos, PI. **Case report:** Woman, 39 years old, with report of a diagnosis of migraine several years ago, about 30 days ago, she noticed a change in the pattern of the headache that she had, presenting bilaterally, with stronger intensity than usual, with worsening in the supine position and with alterations visual symptoms described as scintillating scotomas, which she did not have previously. Cranial tomography showed dilatation of the supra and infratentorial ventricular system with signs of transependymal cerebrospinal fluid permeation, slightly erasing the grooves and a small left periventricular calcification. Brain MRI with gadolinium showed a nodular image in the right paramedian position on the inferior aspect of the fourth ventricle, with post-contrast enhancement, in addition to prominence of the lateral ventricles and third ventricle, with slight cerebrospinal fluid transudation. **Discussion:** Racemose cysticercosis is a rare presentation of neurocysticercosis, with clinical manifestation and management very different from cerebral parenchymal NCC. The diagnosis of racemose cysticercosis is based on a combination of clinical, epidemiological, radiographic and immunological information. **Final Considerations:** In this case, it can be seen that the clinical treatment was effective in improving the signs and symptoms of headache due to racemose neurocysticercosis. We emphasize the importance of clinical suspicion of NCC in cases of headache in Picos, as it is an endemic area.

**Keywords:** Neurocysticercosis; *Taenia solium*; secondary headache.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 RELATO DE CASO .....</b>	<b>12</b>
<b>3 DISCUSSÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>18</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>19</b>

## INTRODUÇÃO

A cisticercose do sistema nervoso central (SNC), ou neurocisticercose (NCC), é uma infecção pela forma larvária (cisticerco) da *Taenia solium* e constitui atualmente a parasitose por helmintos mais frequente do SNC, incluindo o parênquima cerebral, ventrículos, cisternas basilares, sulcos, giros e coluna vertebral (WHO, 2021). Por ser uma doença de infecção fecal-oral, a sua alta incidência em determinadas localidades retrata as más condições de saneamento básico local (GARCIA, NASH E BRUTO, 2014; WHITE JR, ET AL, 2018, OPAS, 2021).

O ciclo de vida da *T. solium* inclui o porco como hospedeiro intermediário e o ser humano como hospedeiro definitivo. A forma adulta da *T. solium* é adquirida quando as pessoas ingerem carne de porco crua ou malcozida contendo cisticercos viáveis de *T. solium*. Esses cisticercos viram tênias adultas dentro do intestino humano (OPAS, 2021). O homem adquire a cisticercose do SNC quando, acidentalmente, ingere o ovo da *T. solium*. A infecção pode ocorrer com ovos do parasita eliminados pelo próprio indivíduo (autoinfecção) ou mediante a ingestão de alimentos (principalmente vegetais) e de água contaminada com ovos do parasita eliminados por outras pessoas (heteroinfecção). Do ponto de vista epidemiológico, a heteroinfecção representa a maneira mais importante de aquisição da doença (GARCIA, NASH E BRUTTO; 2014).

O parasito é mais prevalente em comunidades pobres e vulneráveis, onde os suínos são criados soltos e onde se pratica a defecação a céu aberto, o saneamento básico é deficiente e a educação em saúde é inexistente ou limitada. A doença está presente principalmente na América Latina, África Subsaariana e Ásia (OPAS, 2021).

Síndromes clínicas relacionadas a infecção pela larva deste parasito são divididas em neurocisticercose e cisticercose extraneural. A neurocisticercose, por sua vez, é dividida em formas parenquimatosa e extraparenquimatosa. As formas extraparenquimatosas incluem subaracnóide, intraventricular, intraocular, e doença espinal (WHITE JR. ET AL 2018).

A NCC parenquimatosa costuma se apresentar com convulsões ou cefaleia. A NCC ventricular apresenta-se mais geralmente com hidrocefalia obstrutiva. Já a NCC subaracnóide pode se apresentar com hidrocefalia comunicante, meningite, acidente vascular cerebral ou achados neurológicos focais. Formas mistas também podem acontecer (WHITE JR. ET AL, 2018).

O diagnóstico da NCC é baseado na avaliação inicial do paciente, que deve incluir anamnese e exames físicos cuidadosos, com foco na história prévia de exposição ao parasito e exames de neuroimagem (Tomografia de Crânio ou Ressonância Magnética). Recomenda-se se também realização de teste sorológico (GARCIA, NASH E BRUTTO 2014; WHITE JR, ET AL,2018).

A patogênese, as manifestações clínicas, o prognóstico e o manejo da NCC variam dependendo da localização e viabilidade dos cisticercos e da resposta imune associada do hospedeiro. O tratamento é realizado com terapia antiparasitária (monoterapia com albendazol 15 mg/kg/dia ou combinado com praziquantel 15 mg/kg/dia), anti-inflamatório (corticosteroides) e terapia antiepiléptica em pacientes com epilepsia. Na neurocisticercose subaracnóide pode ser necessário tratamento cirúrgico como neuroendoscopia minimamente invasiva, drenagem ventrículo peritoneal de hidrocefalia, craniotomia, entre outros tratamentos. As lesões calcificadas não contêm parasitas viáveis e não devem ser tratadas com medicamentos antiparasitários (WHITE JR, ET AL; 2018).

De acordo com Moreira *et al* (2006) a forma subaracnóide/cisternal da NCC e a maioria das NCC intraventriculares são incomuns e normalmente do tipo racemosas, diferindo da forma cística mais comum por serem maiores (de 4 a 12 cm), aparecerem como cistos multiloculados, não serem viáveis, terem aparência variável e não possuírem escólex (parte anterior do parasita responsável pela sua fixação). O cisticercos racemoso foi descrito por Virchow em 1860 como uma forma incomum descoberta em uma série de casos de neurocisticercose cerebral (RODRIQUEZ *ET AL*, 2012).

Esta forma intraventricular e subaracnóide de NCC é observada em 7% a 20% dos pacientes, e se apresenta clinicamente de forma mais agressiva em comparação com a forma parenquimatosa (SILVA, FERREIRA E BRITZ, 2020). Neste estudo relatamos um caso de neurocisticercose racemosa atendido em Picos, PI.

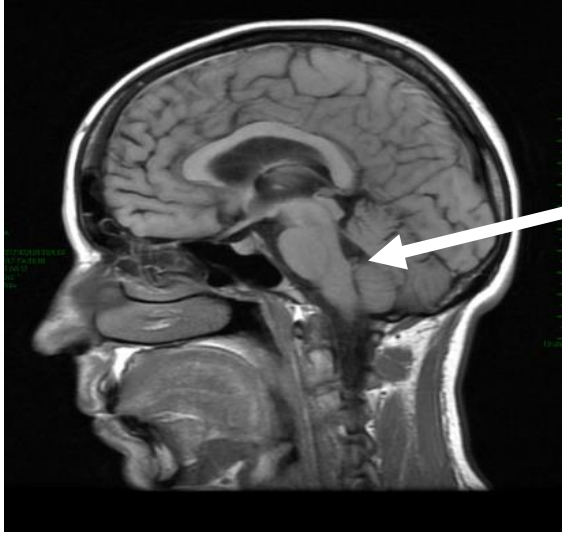
## RELATO DE CASO

Mulher, 39 anos, com relato de diagnóstico de enxaqueca há vários anos. Já havia realizado tratamento preventivo com amitriptilina, com diminuição da intensidade e frequência das crises. Há 1 mês notou mudança do padrão da cefaleia que apresentava, apresentando-se bilateral, de intensidade mais forte, com piora no decúbito dorsal e com alterações visuais descritas como escotomas cintilantes, que não apresentava anteriormente. Ao exame neurológico, apresentava vários pontos dolorosos à palpação do crânio, notadamente em regiões temporais e occipitais, fundoscopia normal e apresentava hiperreflexia global (ROT 3+/4+), sem sinais de liberação piramidal associados.

Na investigação complementar, exames séricos gerais eram normais e tomografia de crânio apresentava dilatação do sistema ventricular supra e infratentorial com sinais de permeação líquórica transependimária, apagando levemente os sulcos e diminuta calcificação periventricular esquerda (sequela de processo granulomatoso). A ressonância de crânio com gadolínio mostrou imagem nodular em situação paramediana direita no aspecto inferior do IV ventrículo, com realce pós-contraste, além de proeminência dos ventrículos laterais e III ventrículo, com discreta transudação líquórica, conforme pode ser observados nas figuras 1, 2 e 3. A ressonância de medula cervical não apresentou alterações. Dada a endemicidade elevada na região de origem da paciente, a principal hipótese levantada foi de neurocisticercose, sendo avaliado pelo neurocirurgião, sem condutas intervencionista para hidrocefalia e tratada de forma conservadora com albendazol 400mg, via oral, de 8/8h por 28 dias e dexametasona 4mg, via oral, de 8/8h por 14 dias, em seguida 4mg de 12/12h por 14 dias e 4mg, uma vez ao dia, com melhora do quadro da cefaleia e melhora imaginológica.

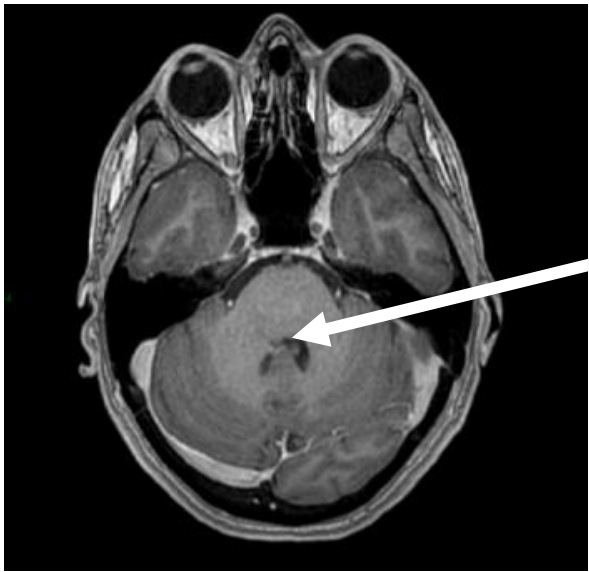
Paciente em uma consulta cinco meses após o tratamento apresentava-se com melhora da cefaleia. Retorna vigil, orientada no tempo e espaço, fala fluente e linguagem preservada. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, movimentação ocular extrínseca sem alterações, fundo de olho normal em ambos os olhos. Força Muscular grau V global, reflexo osteotendinoso 3 em 4. Sem alterações de sensibilidade, cerebelares ou de marcha. Segue em uso de tratamento profilático para enxaqueca primária com topiramato 25mg, via oral, 1x ao dia, à noite.

Figura 1: Ressonância Magnética em corte sagital mostrando imagem nodular no IV ventrículo.



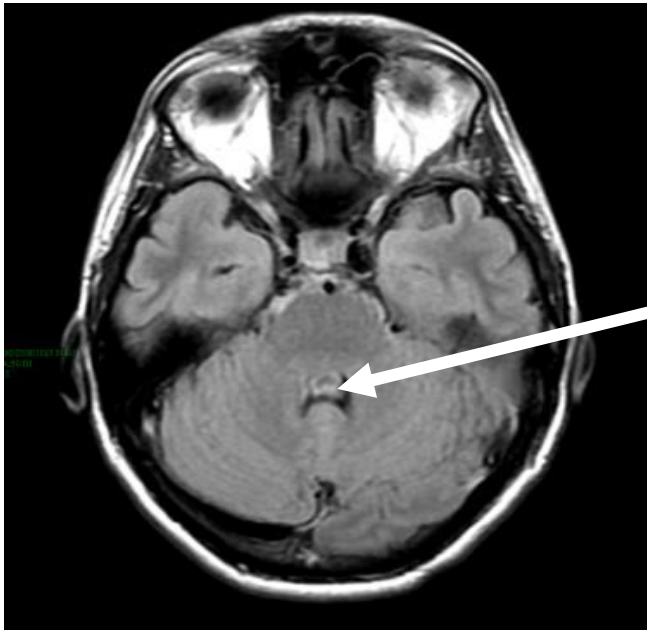
Fonte: Próprio autor.

Figura 2: Ressonância Magnética em corte axial mostrando imagem nodular no IV ventrículo



Fonte: Próprio autor

Figura 3: RM em corte axial mostrando imagem nodular no IV ventrículo



Fonte: próprio autor

## DISCUSSÃO

Em uma revisão de literatura Mahale, Mehta e Rangasetty 2015, referem que existem vários tipos de lesão de neurocisticercose com base na localização do parasita no SNC. Frequentemente se apresentam como lesões focais no parênquima cerebral com edema circundante, que subsequentemente sofrem calcificação. A localização mais frequente do SNC é nos hemisférios cerebrais, comumente na junção entre as substâncias cinzenta e branca. A cisticercose em localização cerebelar é rara, mas há alguns relatos de casos. Outros locais extraparenquimatosos do SNC incluem os ventrículos, espaços cisternais/subaracnóideos, medula espinhal e bulbo ocular. Define que os cistos em localização subaracnóidea são menos comuns e ocorrem nas cisternas basais ou fissuras silvianas. Macroscopicamente, eles aparecem como um cacho de uvas e são denominados de neurocisticercose racemosa.

Em estudo realizado no México por Sierra *et al* em 2017, descreveu as manifestações clínicas e radiológica e aspectos do líquido em 429 pacientes com diagnóstico de NCC. Observando que 125 pacientes apresentaram a forma de NCC extraparenquimatosa. Notaram que 80,5% dos parasitas no sistema ventricular (113) eram do tipo racemosos. Os sinais e sintomas no grupo de NCC extraparenquimatosa foram relacionados a hipertensão intracraniana.

De acordo com Sharma *et al* (2013), a cisticercose racemosa é uma apresentação rara da neurocisticercose, com manifestação clínica e manejo bem diferentes do NCC parenquimatosa cerebral. O diagnóstico de cisticercose racemosa é baseado na combinação de informações clínicas, epidemiológicas, radiográficas e imunológica. Neste caso relatado com uma cefaleia secundária com sinais de alarme como piora com o decúbito e mudança de padrão da dor.

Em um caso de NCC racemosa descrito por Rodriguez *et al*, 2012 na cidade de Montes Claros semelhante a este caso apresentado, uma paciente com 43 anos deu entrada na emergência com crises epiléticas tônico-clônicas bilaterais, que nos últimos 60 dias vinha apresentando cefaleia holocraniana de forte intensidade, em aperto e com progressiva perda visual e auditiva bilateral. Realizou tomografia computadorizada de crânio que revelou hidrocefalia hipertensiva. Devido ser contactante de paciente com tuberculose (TB) nos últimos dois anos, realizou tratamento inicialmente como TB, sem melhora após 21 dias. Após uma RM iniciaram a investigação para NCC e foi realizado o tratamento com albendazol por 15 dias e dexametasona por 30 dias. Com isso, apresentou melhora do quadro clínico e recebeu alta hospitalar.

O diagnóstico de NCC interventricular é difícil porque as manifestações clínicas são inespecíficas. Na maioria das neuroimagens os achados não são patognomônicos, enquanto alguns testes sorológicos têm baixa especificidade e sensibilidade. Além disso, de acordo com Rossi, Sestoni e Cerioni, 2006, um espectro de diagnóstico diferencial deve ser considerado quando se detectam lesões de características

císticas intraventricular em imagens por RM: lesões congênitas (cistos aracnoides simples ou complexos, cistos dermóides), cistos de outra etiologia parasitária (cisto hidático), tuberculose, sarcoidose ou neoplasia metastática subaracnóidea.

No consenso de White Jr *et al* 2018, as medidas terapêuticas incluem medicamentos antiparasitários, cirurgia e medicamentos sintomáticos. Como a inflamação é o acompanhamento conspícuo na maioria das formas de NCC, os corticosteroides representam a principal forma de terapia para meningite, encefalite cisticercal e angeíte. O albendazol é considerado o antiparasitário de escolha para NCC por ter melhor penetração no LCR e não ter sua concentração alterada quando administrado em associação com esteroides.

De acordo com Silva, Ferreira e Britz 2019 a indicação cirúrgica mais comum para NCC é derivação ventricular para resolução da hidrocefalia. A hidrocefalia secundária a NCC está associada a altas taxas de disfunção de shunt.

Em estudo de caso, Silva, Ferreira e Britz 2019, realiza uma revisão dos principais casos de neurocisticercose interventricular, elencando 16 casos e destacando a sua apresentação clínica e como se deu o manejo. Mostrou que na maioria dos casos foi realizado neurocirurgia por cirurgia endoscópica e derivação ventrículo peritoneal. Em três casos dessa revisão, foi realizado o tratamento clínico com albendazol e dexametasona, seguido de cirurgia. Quanto as manifestações clínicas, foram observados cefaleia em 15 casos e um com relato de letargia. Os ventrículos mais acometidos foram o III e o IV, seguido pelo Forame de Monro ou o forame interventricular.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Relatamos este caso porque NCC é uma doença infecciosa altamente prevalente, mas potencialmente erradicável e é um problema de saúde pública que acarreta muitas consequências sociais e econômicas. Observamos que a forma da NCC extraparenquimatosa deve ser considerada no diagnóstico diferencial de uma cefaleia secundária e relacionar os aspectos clínicos, epidemiológicos e radiológicos na suspeição clínica.

## REFERÊNCIAS

- GARCIA, Hector H; NASH, Theodore E; BRUTTO Oscar H Del. Clinical symptoms, diagnosis, and treatment of neurocysticercosis. **Lancet Neurol.** v.13: p. 1202–15, 2014.
- MAHALE, Rohan R; MEHTA, Anish; RANGASETTY, Srinivasa. Extraparenchymal (Racemose) Neurocysticercosis and Its Multitude Manifestations: A Comprehensive Review. **J Clin Neurol.** v.1, N.3, p.203-211, 2015.
- MOREIRA, Antônio Carlos de Albuquerque; *et al.* Neurocisticercose racemosa em Montes Claros Relato de caso e revisão da literatura. **Arq Bras Neurocir.** v.25, n.3, p.136-140, 2006.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Diretrizes de quimioterapia preventiva para controle da teníase por *Taenia solium*. Washington, D.C.: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2021.
- RODRIGUEZ, Roberta Diehl *et al* - Intraventricular neurocysticercosis as cause of Brun's syndrome. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v.45, n.2, p.269-271, mar-abr, 2012.
- ROSSI, Luiz Antônio; SESTARI, Adalberto; CERIONI JR, Modesto. Cisticercose Intradural-Extramedular Cerebral e espinhal: Relato de Caso e Revisão da Literatura. **Radiol Bras.** v.39, n.5, 2006.
- SHARMA, Sudhir *et al.* Reversible dementia as a presenting manifestation of racemose neurocysticercosis. **Annals of Indian Academy of Neurology.** v.16, n.1, 2013.
- SIERRA, Mariana Marcin *et al.* Extraparenchymal neurocysticercosis: Demographic, clinicoradiological, and inflammatory features. **PLOS Neglected Tropical Diseases.** v.11, n.6, 2017
- SILVA, Guilherme Gago da; FERREIRA, Nelson Pires; BRITZ, João Pedro Einsfeld . Bruns Syndrome Caused by Intraventricular Neurocysticercosis: Literature Review. **Arq Bras Neurocir.** v.39, n.1, p. 18–21. 2020.
- WHITE JR, A. Clinton, *et al.* Diagnosis and Treatment of Neurocysticercosis: 2017 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (**ASTMH/IDSA/ASTMH Guidelines** p.2018:66 e49,. 2017.
- WHO guidelines on management of *Taenia solium* neurocysticercosis. Geneva: **World Health Organization**; 2021.

## ANEXO I

Normas para submissão de artigo ao periódico **Brazilian Journal of Health Review**

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/about/submissions>



Brazilian Journal of Health Review

ISSN: 2688-8216

[Início](#) / [Submissões](#)

### Submissões

[Fazer nova submissão](#) ou [ver suas submissões pendentes](#).

## Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- ✓ A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
- ✓ O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
- ✓ URLs para as referências foram informadas quando possível.
- ✓ O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.



Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

## Diretrizes para Autores

A BJHR aceita apenas artigos originais, não publicados em outros periódicos. Aceitamos artigos apresentados em eventos, desde que essas informações sejam disponibilizadas pelos autores.

As normas para formatação e preparação de originais são:

- Máximo de 20 páginas;
- Máximo 8 autores;
- Fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5;
- As Figuras e Tabelas devem vir acompanhadas do texto, editáveis, em fonte 10, tanto para o conteúdo quanto para o título (que deve vir logo acima dos elementos gráficos) e fonte (que deve vir logo abaixo do elemento gráfico).
- Título em português e inglês, no início do arquivo, com fonte 14;
- Resumo, acompanhado de palavras-chave, com espaçamento simples, logo abaixo do título;
- O arquivo submetido não deve conter a identificação dos autores.

-----

Ao receber os originais, o editor faz uma avaliação prévia da adequação do conteúdo e verificação de plágio e encaminha, em até uma semana após o recebimento, para análise de pelo menos dois revisores externos, que podem: aceitar o trabalho, aceitar com modificações, exigir modificações e solicita uma nova versão para correção ou recusa do artigo.

Esta revista adota como política editorial as diretrizes de boas práticas de publicação científica da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração (ANPAD), disponíveis em: [http://www.anpad.org.br/diversos/boas\\_praticas.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/boas_praticas.pdf) .

### Taxa de Publicação

- Esta revista não cobra taxa de submissão;
- Este jornal cobra a publicação de artigos, no valor de R\$ 490,00 por artigo a ser publicado.



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

**Identificação do Tipo de Documento**

- ( ) Tese  
( ) Dissertação  
(x) Monografia  
( ) Artigo

Eu, Edvaldo Lucas da Costa Silva,  
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de  
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,  
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação  
Cefaleia secundária à neurocisticercose cistémica  
no IV ventrículo com hidrocefalia: um relato de caso  
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título  
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 13 de Março de 2023.

Edvaldo Lucas da Costa Silva  
Assinatura

Edvaldo Lucas da Costa Silva  
Assinatura