

Revista Científica

HOSPITAL E MATERNIDADE JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR



Edição 3(2) | 2022

Julho/Dezembro

ISSN Online - 2965-0585

ISSN Impresso - 2674-6956



HOSPITAL E
MATERNIDADE
JOSÉ MARTINIANO
DE ALENCAR



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



Revista Científica

**DO HOSPITAL MATERNIDADE
JOSÉ MARTINIANO DE ALENCAR**



**HOSPITAL E
MATERNIDADE
JOSÉ MARTINIANO
DE ALENCAR**



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Equipe Editorial

Diretora Geral

Silvana Furtado Sátiro – Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Editor Geral

Orivaldo Alves Barbosa - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Editor Científico

Paulo Marcos Lopes - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Editor Executivo

Mercia Marques Jucá - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Editor de Texto

Sílvia Maria Negreiros Bomfim Silva - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Editores Associados

Antônio Gláucio de Sousa Nóbrega - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Nathália Sousa e Silva - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Rafael da Silva Cunha - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

José Walter Correia – Hospital Geral Dr. César Cals

Conselho Editorial

Ângela Rocha Mapurunga

Cássia Maria Holanda Pinheiro

Elciana Almeida Loyola

Francisco Edson Ximenes Gomes

Francisco Julimar Correia de Menezes

João Antônio Lopes

José Walter Correia

Leissa Feitosa Albuquerque Lima de Magalhães

Márcia Correia Viana

Matthaus Rabelo da Costa

Nathália Sousa e Silva

Rafael Da Silva Cunha

Raquel Lima Sampaio

Sebastiana Shirley de Oliveira Lima

Silvana Furtado Sátiro

Sílvia Maria Negreiros Bonfim Silva

Suporte de Tecnologia da Informação

José Pereira da Fonseca Filho - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Imagem da Capa

ASCOM - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Secretária Editorial

Mercia Marques Jucá. - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Diagramação

Open Journal Solutions

Revista Científica do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar / Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar. v. 3, n. 2/2022 (jul./dez. 2022) - Fortaleza: HMJMA, 2022. 80p.

Semestral

SSN Eletrônico - 2965-0585

ISSN Impresso - 2674-6956

Sumário

Editorial

Gláucio Nóbrega Cirurgia bariátrica e metabólica no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar	9
--	---

Artigo de Revisão

Kilvia Kelly Gomes de Vasconcelos Entraves e benefícios na elaboração de uma sistematização da assistência de enfermagem, sob a percepção dos enfermeiros	11
--	----

Ingrid Sarmento Guedes, Imille Maria Alves Prazeres, Ana Dávila Carneiro da Silva, Luana Herculano Bezerra, Morgana Pordeus do Nascimento Forte, Alana Edla Pereira Cajazeiras O impacto do modelo hegemônico da masculinidade no cuidado em saúde	21
---	----

Artigo Original

Eliseu Sousa do Amaral Júnior, Orivaldo Alves Barbosa, Lorena Alves de Souza Leal Araújo, José Hicaro Hellano Gonçalves Lima Paiva, Germison Silva Lopes As diversas faces da linfocitose hemofagocítica em adultos	29
--	----

Dielly Chaves Moreira, Larisce Lopes Sarmento, Felipe Siqueira Teixeira, Ingrid Sarmento Guedes, Rodrigo Martins de Paiva Sales, Lidiane Quaresma Pinto Bezerra Complicações agudas de pacientes submetidos à hernioplastia inguinal por videolaparoscopia	37
---	----

Larissa Cavalcante Amora, Heron Kairo Sabóia Sant'anna Lima, Fábio Augusto Xerez Mota, Breno Moreira Viana Mendonça Brito, Matthaus Rabelo da Costa, Antônio Glaucio de Sousa Nóbrega Eficácia da cirurgia bariátrica na Diabetes Mellitus tipo 02	47
---	----

Orivaldo Alves Barbosa, Brendah Lee de Melo Oliveira, Talita Guimarães Andrade, Thais Guimarães Andrade Tratamento farmacológico para obesidade no Brasil: drogas disponíveis, eficácia e custos associados	55
--	----

Relato de Caso

Arthur Limeira Lima Leite, Hellen Cryslen Bernardo Bezerra, Ivna Leite Reis, Ana Cláudia Matera Juliani, Ana Eloísa Nóbrega Araújo, Raphael Felipe Bezerra Aragão Abdome agudo hemorrágico por gravidez cornual	63
--	----

Caio Antônio Borges Girão Silva, Gabriel Magalhães Saraiva, Caio Magalhães Barbosa, Rodolfo Victor Moreira Cavalcante, Maria Gabriela de Vasconcelos Romero, Rogério Cruz Saraiva Atresia duodenal em recém-nascido com situs inversus relato de caso	67
--	----

Larissa Cavalcante Amora, Dielly Chaves Moreira, Breno Moreira Viana Mendonça Brito, Raphael Franco Bezerra, Bárbara Bezerra Ricciardi, Pedro Amorim Vidal Reconstrução de ureter retrocava: relato de caso e descrição cirúrgica	71
--	----

Relato de Experiência

Ângela Rocha Mapurunga, Lilian Alves Amorim Beltrão, Silvana Furtado Sátiro, Solange Meininger, Fernanda Pereira de Sousa, Elidiana Araujo Gomes Emoções veladas em profissionais de um hospital secundário	75
--	----

Cirurgia bariátrica e metabólica no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Bariatric and metabolic surgery in the Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Obesidade é uma doença crônica que apresenta íntima relação com outras enfermidades. Apesar do vasto conhecimento sobre o controle do excesso de peso, o tratamento clínico não consegue oferecer um resultado efetivo e duradouro.

A cirurgia bariátrica tem se mostrado como a melhor terapêutica para o tratamento da obesidade com uma redução significativa e sustentada do peso com melhor controle de doenças associadas.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), nos últimos 5 anos foram realizados no Brasil mais de 312 mil cirurgias, dessas apenas 44 mil, cerca de 14% foram feitas pelo sistema único de saúde (SUS), enquanto 268 mil através de planos de saúde e particular. Esses dados são paradoxais, pois 77% da população depende do SUS.

Inconformado com esses números, o serviço de cirurgia do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA), ousou criar um serviço específico de cirurgia bariátrica e metabólica.

Foram muitas reuniões, discussões, estudos para a criação do protocolo e normas para o atendimento exemplar e efetivo do paciente portador de obesidade.

Criou-se uma equipe multidisciplinar composta por nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeuta, enfermeira, odontólogo, assistente social, cardiologista, anesthesiologista e cirurgiões, cuja importância é indispensável para o sucesso em torno de 95% do tratamento cirúrgico da obesidade.

Realizamos em 23 de outubro de 2018, a primeira cirurgia bariátrica e metabólica do HMJMA de um paciente que teve a preparação dessa equipe. Hoje estamos nos aproximando da cirurgia de número 200, o serviço encontra-se plenamente consolidado pela experiência de seus resultados.

Temos a pretensão de crescer o número de cirurgias para oferecer a população carente e dependente do SUS uma possibilidade de conseguir a desejada cirurgia bariátrica e metabólica.

Dr. Gláucio Nóbrega

Coordenador da equipe multidisciplinar de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
Coordenador do Centro de Estudos

Entraves e benefícios na elaboração de uma sistematização da assistência de enfermagem, sob a percepção dos enfermeiros

Barriers and benefits in developing a nursing care systematization, as perceived by nurses

Kilvia Kelly Gomes de Vasconcelos

Mestra pela Universidade Estadual do Ceará e Enfermeira do Hospital e Maternidade José Martiniano e Alencar – Fortaleza - Ceará

Artigo submetido em: 12/01/2023

Artigo aceito em: 18/04/2023

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

O processo de enfermagem faz parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem, é uma ferramenta de gestão de cuidados, que se organiza de modo sistemático e norteia a tomada de decisão diagnóstica, resultados e intervenção dos pacientes. Este estudo objetivou identificar os obstáculos na elaboração de uma Sistematização da Assistência de Enfermagem, sob a percepção dos enfermeiros. Trata-se de revisão integrativa de literatura que efetuou a síntese do conhecimento e o agrupamento por similaridades em categorias temáticas. Os resultados apontaram as categorias: implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Dificuldades Associadas à Prática da SAE e, Benefícios/Fatores Determinantes para a Implantação/Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Esta foi entendida como atividade que possibilita o conhecimento teórico do enfermeiro, que o torna capaz de compreender e aplicar corretamente os conceitos das teorias da enfermagem, e fundamentar suas avaliações, decisões e intervenções. Portanto, se faz necessário o aprofundamento de estudos e de compartilhamento de experiências sobre as etapas que constituem esse processo de sistematização nas diversas instituições hospitalares brasileiras.

Palavras-chave: processos de enfermagem; planejamento de assistência ao paciente; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The nursing process is part of the Systematization of Nursing Care, it is a care management tool, which is organized in a systematic way and guides the diagnostic decision making, results and intervention of the patients. This study aimed to identify obstacles in the elaboration of a Systematization of Nursing Care, under the perception of nurses. It is an integrative literature review that carried out the synthesis of knowledge and grouping by similarities in thematic categories. The results indicated the categories: implementation / implementation of the Nursing Assistance Systematization: Difficulties Associated with the SAE Practice and, Determining Benefits / Factors for the Implementation / Implementation of the Nursing Assistance Systematization. This was understood as an activity that enables the theoretical knowledge of nurses, which enables them to understand and apply correctly the concepts of nursing theories, and to base their evaluations, decisions and interventions. Therefore, it is necessary to deepen studies and share experiences about the stages that constitute this process of systematization in the various Brazilian hospitals.

Keywords: nursing process; patient care planning; human resources.



INTRODUÇÃO

A enfermagem estuda a prática assistencial embasada no conhecimento científico desde os remotos tempos de Florence Nightingale. O processo de enfermagem (PE) é considerado um dos marcos do desenvolvimento científico e um instrumento utilizado para as ações de cuidado e auxílio aos enfermeiros, na percepção de problemas de saúde, planejamento e implementação das ações e, posteriormente, avaliação dos resultados.¹

No Brasil o estudo do PE foi introduzido pela enfermeira Wanda Horta, e das suas reflexões se originou a teoria de Necessidades Humanas Básicas. O modelo do PE proposto por Horta é composto por seis etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico.²

Como instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional documentado, o PE faz parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Portanto, a SAE potencializa-se pelo conhecimento teórico do enfermeiro das etapas do PE bem como do seu comprometimento com a assistência a ser prestada; de maneira integral, contínua e documentada, o que possibilita melhorias contínuas na qualidade dessa assistência.³ A SAE organiza o trabalho profissional, englobando o referencial metodológico (PE), a equipe e os instrumentos utilizados pela mesma, e tornando possível a operacionalização desse PE.⁴

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) no358/2009, estabelece que toda instituição de saúde que presta cuidado profissional de enfermagem deve utilizar a SAE, permitindo implementar na prática assistencial seus conhecimentos técnico-científicos e de humanização.⁵

A SAE, atualmente constitui-se objeto de preocupação de enfermeiros e instituições, de ensino, de pesquisa ou assistência. Cresce o interesse e o envolvimento em implementar a SAE nas diversas instituições de saúde, mas as constantes modificações requeridas na sua execução evidenciam avanços e retrocessos, simultaneamente.¹

O interesse pela revisão integrativa sobre a temática SAE surgiu pelo fato de que a sistematização da assistência deve ser implantada em toda

instituição, e que esse processo gera diversidade de experiências, baseadas nas singularidades e demandas específicas de cada local. Desse modo, a identificação e saneamento das lacunas que dificultam a adequada operacionalização da SAE pela equipe de enfermagem contribui para a avaliação e evolução diária do paciente.

A implantação da SAE, além de se valorizar a profissão de enfermagem, pode-se barganhar subsídios para as reivindicações como aumento de pessoal e qualificação do processo de trabalho.⁴

Embora o foco principal seja o cuidado da enfermagem contínuo e documentado na instituição, é relevante, também, a intenção da melhoria da assistência de enfermagem em todo o Brasil, ao se avaliar que o modelo de organização dos serviços de enfermagem é item fundamental para a compreensão da multidimensionalidade do cuidado aos pacientes no atendimento de suas necessidades.¹

O enfermeiro, ao efetuar o cuidado necessita aliar bases sólidas de conhecimento a um saber específico da profissão e, demonstrar responsabilidade profissional e conhecimentos éticos para, assim, ter sua prática reconhecida como autônoma.⁶

A pergunta norteadora desta pesquisa foi: Quais as principais dificuldades na elaboração e prescrição de uma SAE que atenda especificamente as demandas de pacientes de clínicas médicas e cirúrgicas? O objetivo principal do estudo consistiu em: identificar os principais entraves, do ponto de vista dos enfermeiros, para a elaboração de uma SAE eficiente e prática, que atenda as demandas da instituição em questão.

A SAE, como metodologia organizacional do cuidado, é capaz de oferecer cuidado integral, ainda que deficiente na prática laboral. Além disso, possibilita processos interativos e resolutivos, pela capacidade de integrar diferentes elementos que compõem o todo.⁴

MÉTODO

Trata-se de pesquisa uma revisão integrativa. Os critérios de inclusão utilizados na busca e seleção dos estudos foram: pesquisas que contemplavam a temática da sistematização da assistência de enfermagem; que foram disponibilizados integralmente

on-line, sem restrições de acessibilidade; publicados em idioma português e/ou inglês, no período de 2011 a 2018; indexados nas Bases de dados de enfermagem (BDENF), Pubmed (National Library of Medicine) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, publicações classificadas como editorial, cartas, teses, manuais e protocolos, bem como artigos que não estavam de acordo com a temática.

Para obtenção da amostra da revisão integrativa foram cruzados descritores e palavras nas três bases de dados supracitados. Para sumarização das publicações, utilizou-se um instrumento no qual foram extraídos dados, com o intuito de criar um banco de dados que auxiliasse a atingir o objetivo deste estudo, obtendo-se os resultados explicitados na sessão abaixo.

Para elaboração da pergunta norteadora, foi utilizada a estratégia PICO, uma abreviação para: Paciente, Intervenção, Comparação e Outcomes (desfecho). Desta estratégia, localizamos os descritores de saúde, encontrados no Decs, que embasaram a pesquisa dos artigos da revisão integrativa. Os descritores, também são utilizados para refinar, expandir e enriquecer a pesquisa, contribuindo para a busca de resultados mais apurados.⁷

Podemos visualizar a referida estratégia no quadro abaixo:

Quadro 1 - Estrutura PICO				
	P	I	C	O
	Enfermeiros da assistência	Entraves para sistematização da assistência		Uma SAE eficiente e pratica para as demandas da instituição
DESCRIPTORES DA SAÚDE	“Enfermeiros” AND “nurses”	“sistematização da assistência” OR “systematization of assistance” OR “assistência” OR “care”		Sistematização da assistência AND “processo de enfermagem” OR “nursing process”

Fonte: Elaborado pela autora

Além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos, a revisão integrativa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita

conclusões gerais a respeito de uma área particular.¹ No quadro abaixo exibimos as bases de dados utilizadas, bem como as equações de busca por artigos relacionados ao tema abordado:

Quadro 2 - Bases utilizadas pala pesquisa			
Equação de busca:	Assistência AND sistematização AND nursing AND nursing process Processo de enfermagem AND sistematização AND assistência		
Base de Dados:	BDENf	PUBmed	SciELO
Artigos encontrados:	21	41	14
Artigos selecionados:	7	0	7

Fonte: Elaborado pela autora.

Na Pubmed, não foram encontrados documentos com as estratégias de busca utilizadas para as outras duas bases, sobre os aspectos ligados ao conhecimento, considerando as variáveis: resultados e conclusões, sendo necessário ajustar o método de pesquisa.

Após essa etapa, seguindo os seis passos da revisão integrativa, foram definidas informações a serem extraídas dos estudos acima selecionados: título, autor principal, ano/base de dados, objetivos e metodologia. O revisor tem como objetivo nessa etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo.¹

Os artigos selecionados também passaram por uma avaliação de qualidade metodológica, utilizando instrumentos de avaliação propostos por Joanna Briggs Institute.⁹ Para esse processo foi utilizada a classificação por nível de evidência (NE), conforme validade e confiabilidade. Utilizamos um instrumento baseado na *Rating System for the Hierarchy of Evidence for Intervention/ Treatment Question*, que classificaram os estudos nos seguintes níveis:

- NE 1 - revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados relevantes;
- NE 2- um ou mais ensaios clínicos randomizados;
- NE 3- ensaios clínicos controlados sem randomização;
- NE 4 - casos – controle e estudos de coorte;
- NE 5 - revisões sistemáticas de estudos descritivos e estudos qualitativos;
- NE 6 - evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- NE 7 - relatório de opiniões de especialistas.

A síntese de dados foi feita com os textos que obtiverem nota satisfatória na avaliação de qualidade metodológica. Foi realizada uma análise textual qualitativa. A síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidas facilitam a incorporação de evidências, resultando numa transferência ágil de conhecimento novo para a prática.¹

RESULTADOS

A releitura dos resultados e das considerações finais dos artigos selecionados, permitiram definir duas categorias para a implantação/implimentação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Dificuldades Associadas à Prática da SAE e Benefícios/Fatores Determinantes para a Implantação/Implementação da SAE.

É notório para que os esforços dos enfermeiros para desenvolver uma prática profissional autônoma, consciente das necessidades de mudanças do seu agir profissional.⁶ Entre essas, cita-se a necessidade de aprofundamento e utilização do conhecimento científico em busca de ações mais amplas, tendo em vista que o cuidado não exige apenas técnicas e procedimentos junto ao paciente.

A identificação da percepção e utilização das etapas do processo de enfermagem, pelos enfermeiros, no cotidiano do cuidar e as dificuldades e facilidades encontradas para sua implementação são fundamentais para propor soluções com o propósito de aprimorar esta metodologia de trabalho, visto que a intenção é sempre aumentar a qualidade da assistência, beneficiando o paciente internado, elevando o desempenho profissional neste processo.⁸

Os enfermeiros percebem a SAE como um método de abordagem sistemático e dinâmico, que além de ser capaz de identificar problemas potenciais ou reais, fornece subsídios para um plano de cuidados personalizado, voltado para as necessidades individuais de cada paciente, partindo das fases do processo de enfermagem.⁹

1. Dificuldades Associadas à Prática da SAE

Alguns empecilhos na implementação da SAE são resultantes de sentimentos de desconforto e insegurança advindos pelo processo de desconstrução e reconstrução causados pela mesma, transformando sua

aplicabilidade em um desafio.⁴ A estabilidade e a regularidade existentes no fazer em Enfermagem sofrem uma grande desestabilização e agitação com a SAE. A zona de conforto precisa ser deixada para sofrer grandes transformações e formar, assim uma nova organização para o ser e fazer em Enfermagem.

Atividades como: excesso de trabalho do enfermeiro, falta de tempo e conhecimento, referencial teórico inadequado, falta de computadores e consequente não informatização do histórico de enfermagem, não cumprimento das prescrições de enfermagem e nem utilização de taxonomia diagnóstica, etapas incompletas do PE.⁸

Apesar de os sujeitos considerarem que a SAE tem relação com a gerência do cuidado, não se pode afirmar que ela esteja sendo usada. Embora existam dificuldades na implementação da SAE como um instrumento para o processo de trabalho, a integração entre o cuidar e o administrar ficara mais evidenciado se as atividades assistenciais se articularem as gerenciais.¹⁰

A falta de informatização das etapas do processo de enfermagem, e/ou a falta de manuscritos para fazê-la se quando necessário também foram apontadas como fator complicador na execução da SAE.⁸ Esta situação indica a necessidade de efetivar melhorias no sistema operacional, bem como no treinamento dos enfermeiros sobre sua operacionalização e desenvolvimento dos sistemas hospitalares.

Foi observado na prática que, mesmo os enfermeiros sendo experientes em sistematização, acabam por não adotá-la como ferramenta de trabalho, em razão dos inúmeros problemas corriqueiros da rotina diária de muitas instituições como: alta demanda de clientes, falta de recursos humanos treinados e de recursos materiais adequados para realização de procedimentos, ausência de um instrumento adequado, sobrecarga de trabalho, entre outros.¹¹

Foi relatado, ainda sobre as dificuldades, que os resultados são semelhantes a outros estudos: recursos humanos insuficientes, sobrecarga de trabalho, produção de uma SAE ilusória que não viabiliza o exercício profissional, falta de envolvimento e/ou conhecimento da equipe.⁸

Durante a troca de experiências, pesquisas apontaram a dificuldade de tomada de decisão como nó crítico para todos os participantes.¹² Apesar de

que a identificação de problemas situacionais serem uma habilidade que o enfermeiro desenvolve com mais facilidade, decidir sobre as ações necessárias para resolver essas situações exige um amplo conhecimento técnico-científico, além de vivência profissional. A SAE, nesse contexto, surgiu como possibilidade de minimizar essa limitação, tendo em vista que possibilita uma organização das atividades cotidianas e favorece a identificação de ações resolutivas durante o processo de tomada de decisão.

Foi relatado ainda que no entanto, é necessária a aprimorar a utilização da SAE efetivamente na gestão do cuidado, pois alguns instrumentos que servem de alicerces à SAE para a tomada de decisão, como: os de classificação do grau de assistência, de dimensionamento de pessoal, gestão de materiais, ainda não estão presentes.⁸

A consciência da dificuldade no processo de tomada de decisão pautado na SAE, levantou o questionamento sobre a valorização do enfermeiro pela equipe multiprofissional, pois, as dificuldades na compreensão e utilização de alguns dos seus instrumentos de trabalho contribui negativamente para sua imagem profissional e valorização pelos demais profissionais da equipe.¹²

É notório que o profissional que conhece o processo de enfermagem e compreende a importância da aplicação da SAE, demonstra interesse à sua aplicação diária, porém, as condições laborativas atuais, bem como a administração dos serviços, não contribuem para que a mesma se torne realidade.¹¹

Com o tempo, os enfermeiros vão apresentando um sentimento de frustração com a falta de apoio institucional no processo de trabalho e consequente falta de visibilidade da equipe de enfermagem, cujo determinante principal é o déficit de recursos humanos na área.¹³ O sentimento de impotência e sofrimento psíquico de não conseguir realizar uma sistematização em sua plenitude, associado ao sentimento de culpa gerado pela própria instituição, conduz a crença de estar produzindo uma SAE ilusória.

Foram apontadas as justificativas presentes em grande parte dos estudos como: à escassez de recursos humanos, à alta rotatividade de profissionais de enfermagem, ao excesso de atividades administrativas do enfermeiro, à resistência da equipe de saúde (como um todo, incluindo os próprios

enfermeiros).⁷ Além disso, ressaltaram a falta de capacitação específica, principalmente para a realização do exame físico. Uma parte dos enfermeiros também relata a falta de domínio para a realização do diagnóstico de enfermagem.

A impotência de operacionalizar a SAE, mediante os sinalizadores que contribuem com a sua desvalorização como: déficit de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, desvalorização da SAE por profissionais de nível médio e impressos inadequados para o registro, além de sentimento de desvalorização, faz com que auxiliares e técnicos de enfermagem acreditem que é possível cuidar sem o planejamento.¹³ A coerência da sistematização se rompe quando o enfermeiro deixa de realizar a SAE. Faz-se necessário o sentido para o processo de trabalho; caso ele não exista, cada trabalhador não reconhecerá a importância do mesmo.

Ainda sobre a efetivação do processo de tomada de decisão e os fatores que interferem negativamente sobre a mesma temos: as dificuldades atribuídas à inexperiência profissional ou, especificamente, à assistência de enfermagem nos cuidados críticos.¹² Esses constituem obstáculos para a utilização da SAE, ou a articulação do conhecimento necessário para o cuidado de enfermagem e seu relacionamento com a equipe multiprofissional.

Referiram-se a um movimento entre técnicos/auxiliares que retrocede a funcionalidade da assistência de enfermagem, com acreditação somente na prescrição médica, resultando numa não validação da SAE também como uma forma de enfrentamento do enfermeiro, consequente a sobrecarga de trabalho induzida pelo déficit de recursos humanos na Instituição.¹³

2. Benefícios/Fatores Determinantes no processo de Implantação da SAE

A análise dos artigos trouxe bastante clareza não somente sobre as dificuldades relatadas pelos profissionais, mas os benefícios ao serviço hospitalar e ao de enfermagem mais especificamente. Os enfermeiros são uníssonos quanto às vantagens tanto para o cliente que recebe o cuidado sistematizado quanto para a equipe que obtém resultados claros da qualidade da assistência prestada.

Conseguiram sumarizar os benefícios sob diversos olhares: para o paciente a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem que possui autonomia, tendo em vista que a participação do mesmo no seu cuidado individualizado é uma prerrogativa da SAE; para a profissão, aplicar seus conhecimentos e conquistar o reconhecimento pela qualidade do cuidado; para a instituição, na quantificação dos serviços de assistência, controle de custos e facilitar a auditoria, além de promover o alcance das metas de qualidade.¹⁴ Permite ainda a implementação de ações, avaliação de resultados e modificação nas intervenções, favorecendo a obtenção dos resultados esperados. Além de todos esses, temos a importância da Formação e Educação Permanente que aponta para a importância do conhecimento teórico e do Processo de Enfermagem como fator facilitador da implantação e implementação da SAE.

Para o enfermeiro exercitar o cuidado, para que sua prática seja reconhecida como autônoma, necessita desenvolvê-lo com bases sólidas de conhecimento, aliado a um saber específico da profissão.⁶ Responsabilidade profissional, conhecimentos éticos e capacidade de ação em conformidade com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, são imprescindíveis.

A corresponsabilidade, junto aos enfermeiros, da gerência, das chefias, supervisão e da própria instituição foram apontados, em diversos artigos, como fator determinante à implantação da SAE, nesse processo.¹⁴ A estrutura e a cultura organizacional são fatores influenciadores da aplicabilidade da mesma. Desse modo, o papel da gerência de enfermagem e o seu real interesse ficam evidenciados para se dar viabilidade ao processo, exercendo liderança e estimulando sua realização.

Para o hospital, se a SAE for implantada rotineiramente, trará um ganho enorme para a enfermagem.³ A unificação da linguagem da equipe e a autonomia do enfermeiro serão consequências da organização do trabalho e da assistência sistematizada do paciente, promovidos pela SAE.

Na medida em que o diálogo foi se desenvolvendo, observaram que os enfermeiros refletiram sobre a responsabilidade individual no processo de construção do conhecimento, ressaltando que, durante a formação acadêmica, há o desenvolvimento

de competências generalistas, fato determinante para a deficiência de algumas fases do processo de enfermagem e que torna necessária a busca por conhecimentos específicos para as áreas de atuação, tão logo se inicia a vida profissional.¹²

Com a utilização da SAE, se asseguram além de benefícios diretos ao cliente, como maior qualidade no atendimento, mas também os benefícios voltados à instituição, como diminuição de gastos e o tempo desperdiçado por desorganização.⁹ Continuidade da assistência, maior reconhecimento da profissão e consequente satisfação profissional, são benefícios conquistados pelos profissionais.

Foi ressaltado como fator determinante a filosofia da Instituição e seus conselhos gestores estarem alinhados nos objetivos de operacionalizar uma política de educação permanente, para que a SAE, enquanto instrumento metodológico possa atingir os benefícios a que se propõe.¹³ Assim, em processo reflexivo e contínuo há a possibilidade de que os gestores, juntamente com a equipe médica e de enfermagem e demais profissionais da saúde apreendessem o real conceito da SAE e sua correlação com o processo de cuidar.

Foram recomendadas estratégias, como ponto de partida, que possibilitam feedback às gerências dos serviços de enfermagem, a saber: organização de grupos de estudos sobre a SAE e das fases processos de enfermagem como um todo, articulando cientificamente seus saberes com a gerência do cuidado; realização de oficinas com as equipes para elaborar um projeto de modificação do impresso da SAE utilizado se e quando necessário, avaliando o perfil da clientela assistida; construir e avaliar em conjunto, com a participação de todos o impresso, visando à elaboração de um instrumento que funcione e atenda às necessidades também da equipe; instituir esse impresso e fazer o acompanhamento da implementação, sem perder de vista o processo; e, por fim, elaborar e implementar um projeto de treinamento e capacitação em metodologia da assistência e execução da SAE.¹⁰

Cada instituição hospitalar apresenta características específicas no que diz respeito às facilidades e desafios para a operacionalização da SAE, e essas devem ser analisadas pelos enfermeiros, a fim de que o instrumento de sistematização da assistência atenda

as necessidades reais da clientela assistida e estabeleça metas possíveis de serem alcançadas pela equipe.¹³

Executar a SAE requer dos profissionais de enfermagem um “redescobrimto”, um novo olhar no seu papel junto ao paciente.¹⁴ Realização de ações com compromisso ético, moral e com responsabilidade, independente dos desafios impostos pelo cotidiano na atuação profissional, contribui para uma prática autônoma. Não se permitir atingir pela vulnerabilidade que a burocracia diária da rotina proporciona, tornando a realização de suas atividades sem estímulo e motivação, e muitas vezes, mecanizada.

Apontados como vantagens sobre a implementação da SAE: aperfeiçoamento e qualificação da assistência de enfermagem; contribuir para a evolução científica; promover o reconhecimento e autonomia da profissão; oferecer subsídios para o planejamento da assistência e do cuidado individualizado; continuidade e melhores registros documentais na prestação de serviço; maior proximidade do enfermeiro com o paciente; aumentar a autoestima profissional; dar maior visibilidade às falhas como também aos resultados positivos e avanços alcançados com o projeto.⁹

Com relação a sistematização do cuidado ao paciente no perioperatório, mostraram que a essa implementação permite ao enfermeiro interagir no processo como um todo e planejar o cuidado de acordo com as necessidades específicas de cada paciente/procedimento cirúrgico, visando à qualidade do cuidado prestado, focado em um processo científico, baseado em todas as práticas adotadas.

A autonomia do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem provém da reunião de atitudes e decisões baseadas em conhecimento técnico e científico, no seu agir de forma livre, com responsabilidade profissional, nas relações interpessoais e institucionais estabelecidas e na conquista do valor da sociedade em seu trabalho.¹⁴

Outro fator determinante refere-se ao conhecimento e adesão do técnico de enfermagem, na prática da SAE. Faz-se também necessário que os enfermeiros revisem periodicamente as anotações feitas, sobre aspectos relevantes para favorecer a qualidade da assistência, com o propósito de orientar, esclarecer e reforçar o conhecimento dos técnicos e auxiliares, especialmente visando

concretizar o crescimento de toda a equipe, ressaltando a importância da colaboração dos mesmos em cada ação do cuidado.¹⁰

CONCLUSÃO

A implantação da sistematização da assistência, desde a elaboração do seu instrumento até a validação e implementação do mesmo, na rotina dos enfermeiros, passa por percalços de adaptação a nova rotina, a todos os membros da equipe de enfermagem e esse fato é bastante destacado nos estudos. Em contrapartida, a importância e a relevância para a profissão, em instituições que já incorporaram a SAE nas atividades assistenciais perpassa as dificuldades relatadas.

Em 100% dos estudos, analisados em pesquisas anteriores, constataram uma consonância a respeito da sistematização da assistência de enfermagem constituir-se em um instrumento primordial no trabalho do enfermeiro, que aumentar a visualização da prática e viabilizar a valorização da enfermagem e do seu fazer, simultaneamente.¹⁷

A urgência em investir em mais estudos acerca da temática visando cada vez mais o conhecimento das instituições de saúde brasileiras, o aperfeiçoamento dos processos assistenciais, resultando em maior qualidade da assistência e consequentemente o bem-estar físico, mental e social da coletividade.¹¹

Nesse sentido, fazendo uma articulação dos resultados, foram notados desafios ainda são preponderantes no cotidiano do enfermeiro frente à operacionalização da SAE.¹² Implementá-la de maneira correta, mediante escassez de enfermeiros, falta de tempo e de capacitação dos profissionais, a falta até mesmo de um ambiente para a passagem dos plantões, bem como os registros de enfermagem incompletos, são dificuldades a serem superadas.

Foi destacado que nada adianta utilizar a SAE como mais uma rotina burocrática e automática, mas sim adequá-la de acordo com a realidade de cada instituição, sendo preciso verificar o dimensionamento adequado da equipe, proporcional ao número e necessidade de assistência de leitos do hospital, contemplando à resistência por parte de alguns enfermeiros, quebrando o tabu de que esse

instrumento veio para somar e avigorar a autonomia do profissional.¹⁶

Em presença dos relatos dos enfermeiros, afirmou-se que para se obter autonomia profissional são primordiais: conhecimentos técnico-científicos, de atividades legais e desenvolvimento de uma prática humanizada.⁹ A elevação da autoestima proporcionada pela utilização da SAE, expressa a confiança no próprio potencial, a consciência no próprio valor e a capacidade de enfrentar os desafios do cotidiano da profissão, em busca do sucesso profissional.

Estudos concluíram que a tomada de consciência do grupo de que o desenvolvimento da SAE compreende o início e o fim de todas as atividades assistenciais realizadas pelos enfermeiros, com cada etapa representando momentos distintos, porém interligados, baseados no processo de enfermagem.¹² A SAE foi entendida então como uma atividade que deve fazer parte do cotidiano do profissional enfermeiro para o planejamento do cuidado a ser realizado com qualidade, auxiliando no processo de tomada de decisão com base científica. Portanto, se faz necessário o aprofundamento de estudos e de compartilhamento de experiências sobre as etapas que constituem esse processo de sistematização nas diversas instituições hospitalares brasileiras.

REFERÊNCIAS

1. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm [Internet]. 2008Oct;17(-Texto contexto enferm., 2008 17(4)):758–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
2. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979
3. Tavares FMM, Tavares WS. Elaboração de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]. 16º de julho de 2018 [citado 30º de março de 2023];8. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2015>
4. Dotto J, Backes D, Dalcin C, Lunardi-Filho W, Siqueira H, Zamberlan C. Sistematização da assistência de enfermagem: ordem, desordem ou (re)organização?. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2017 Out 10; [Citado em 2023 Mar 30]; 11(10): 3821-3829. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25235>
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre sistematização da assistência de enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras. Brasília: CCO-DEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html; Acesso em: 16 jun. 2019.
6. Fentanes LRC, et al. Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. Paraná, 2011. Cogitare Enferm., v. 16, n. 3, p. 530-535.
7. Oliveira KF, Hemiko Iwamoto H, Oliveira JF, Almeida V. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2012; III(8): 10-114. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239967019>
8. Benedet AS, et al. Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. Santa Catarina, 2016. Rev. pesqui. cuid. fundam., v. 8, n.3, p. 4780-4788, jul./set. 2016.
9. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RW L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012Sep;33 (Rev. Gaúcha Enferm., 2012 33 (3));174-81. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300023>
10. Torres E, Christovam BP, Fuly PCS, Silvino ZR, Andrade M. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. Esc Anna Nery [Internet]. 2011Oct;15(Esc. Anna Nery, 2011 15(4)):730–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400011>
11. Xavier L, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento dos enfermeiros do município de Ji-Paraná. São Paulo, abr-2018. Nursing, v. 21, n. 239, p. 2110-2113.
12. Massaroli R, Martini JG, Massaroli A, Lazzari DD, Oliveira SN, Canever BP. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface.

- Medeiros AL de, Santos SR dos, Cabral RW de L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2012Sep;33(Rev. Gaúcha Enferm., 2012 33(3)):174–81. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300023> com a sistematização da assistência. Esc Anna Nery [Internet]. 2015Apr;19(Esc. Anna Nery, 2015 19(2)):252–8. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150033>
13. Casafus KCU, Dell'Acqua MCQ, Bocchi SCM. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2013Apr;17(Esc. Anna Nery, 2013 17(2)):313–21. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200016>
14. Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011Aug;45(Rev. esc. enferm. USP, 2011 45(4)):953–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400023>
15. Jost MT, Viegas K, Caregnato RCA. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória na segurança do paciente: revisão integrativa. Rev SOBECC [Internet]. 20º de dezembro de 2018 [citado 30º de março de 2023];23(4):218–25. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/440>
16. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. Esc Anna Nery [Internet]. 2015Jan;19(Esc. Anna Nery, 2015 19(1)):47–53. Available from: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>
17. Barbosa VMS, Silva JVS. Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro. Alagoas.2018.Rev Enferm Atenção Saúde, v. 7, n. 1, p. 260-271.

*** Autor correspondente:**

Kilvia Kelly Gomes de Vasconcelos

Email:

kilviakelly@gmail.com

O impacto do modelo hegemônico da masculinidade no cuidado em saúde

The impact of the hegemonic model of masculinity on health care

Ingrid Sarmiento Guedes¹; Imille Maria Alves Prazeres¹; Ana Dávila Carneiro da Silva¹; Luana Herculano Bezerra¹; Morgana Pordeus do Nascimento Forte²; Alana Edla Pereira Cajazeiras²

1 – Autora, graduanda de medicina

2 – Docente orientadora, professora adjunta da Universidade de Fortaleza

Artigo submetido em: 14/02/2022

Artigo aceito em: 23/03/2023

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

Este estudo busca averiguar a relação entre o modelo hegemônico de masculinidade e a pouca procura por serviços de saúde, considerando seu impacto na organização de políticas públicas. Trata-se de uma revisão integrativa nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Business Source Complete (EBSCO) no período de julho de 2019 a abril de 2021. Como critérios de inclusão, considerou-se: artigos disponibilizados completos nas bases de dados, em idiomas português ou/e inglês e publicados nos últimos 10 anos. Excluiu-se artigos repetidos nas bases de dados, totalizando 25 artigos para revisão. Constatou-se que a influência da cultura no cuidado em saúde por parte dos homens é evidente, sendo necessário haver mudanças nesse paradigma, através de uma mobilização que envolva usuários, gestores e profissionais dos serviços de saúde. O distanciamento do modelo hegemônico da masculinidade é indispensável para redução da morbimortalidade dessa população. Nesse sentido, estudos com estudantes dos cursos da área da saúde devem ser realizados, com o fito de identificar, compreender e discutir o modelo de masculinidade e o impacto na saúde desde a graduação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: autocuidado; masculinidade; saúde do homem; saúde pública; política de saúde.

ABSTRACT

This study seeks to investigate the relationship between the hegemonic model of masculinity and the low demand for health services, considering that male behavior in relation to health may be largely associated with culture, directly influencing the organization of public health policies involving this population. This is an integrative review of the Scielo, Virtual Health Library and Business Source Complete (EBSCO) databases. As inclusion criteria, full articles available in the databases were used, in Portuguese or/and English and published in the last 10 years, and articles repeated in the databases were excluded, totaling the selection of 25 articles for review. It was found that the influence of culture on health care by men is evident, and there needs to be changes in this paradigm, seeking a change that involves users and professionals of health services. The creation of permanent public policies, involving popular participation, especially of the public in question, managers and health professionals is essential to reduce the morbidity and mortality of this population. More studies should be carried out, also involving students from courses in the health area, to identify, understand and discuss the model of masculinity from the teaching and training of health professionals.

Keywords: self-care; masculinity; men's health; public health; health policy.



INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de vastas dimensões que contém cerca de 211 milhões de pessoas, cujas aproximadamente 49% representam homens, e 51% mulheres, de acordo com o Censo Nacional. Neste mesmo ano, 17,3 milhões de pessoas maiores de idade (10,7%) procuraram o serviço da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo predominante mulheres (IBGE, 2019; BRASIL, 2021).

A forma como muitos setores da sociedade funcionam e têm particularidades sofre influência direta da maneira como os gêneros masculino e feminino são socializados. As diferenças existentes no modo de pensar e agir do homem e da mulher impactam em como esses indivíduos relacionam-se entre si e consigo mesmos, principalmente os homens, os quais, devido a necessidade de autoafirmação de sua masculinidade, alteram o modo de enxergar o processo de valorização da sua saúde, do cuidar de si mesmo e, conseqüentemente, do outro (BARROS, 2018).

Nesse sentido, pode-se considerar a herança cultural patriarcal que o Brasil possui como cerne da questão, pois o culto à masculinidade assombra historicamente o processo de socialização do homem nas mais diversas sociedades, levando a manifestações incoerentes de um medo inconsciente de ser “feminizado” ao assumir, entre outros fatores, a fragilidade da própria saúde, pois o cuidar de si mesmo e a própria suscetibilidade a doenças podem ser considerados como traços, historicamente e pejorativamente, ditos femininos (COELHO, 2017).

Aspectos sociais e históricos fomentaram o discurso acerca do potencial efeito deletério decorrente do machismo enraizado em torno da posição dos homens nas relações, culminando no desenvolvimento do conceito de masculinidade hegemônica que correlaciona os homens a seres não emocionais, não cuidadores e independentes (SANTOS, 2020).

A masculinidade hegemônica priva o indivíduo masculino de uma saúde plena, presente no processo de formação. É evidente do ponto de vista epidemiológico que os homens são detentores das maiores taxas de mortes precoces, principalmente por causas externas, além de serem mais suscetíveis a doenças cardiovasculares potencialmente evitáveis,

e que, além do contexto de gênero e individualidade, a determinação social e iniquidades se fazem presente no cenário brasileiro, quando esses homens são pretos, penitenciários, pobres, e/ou homoafetivos - e responsáveis pela manutenção da renda familiar -, por exemplo. (SCHWARZ, 2012; CARNEIRO, 2016; COSTA, 2013)

Diante do exposto, indaga-se “quais fatores repelem e atraem os homens dos serviços de saúde?”. Este trabalho tem como objetivo averiguar os fatores que possivelmente interferem diretamente na saúde masculina, compreendendo o papel das políticas públicas direcionadas para essa população.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual foi fundamentada em seis etapas, sendo elas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação destes, interpretação de resultados obtidos, finalizando com a síntese do conhecimento.

Os critérios de inclusão propostos foram a disponibilidade dos artigos completos nas bases de dados pesquisadas, estar nos idiomas português ou inglês, terem sido publicados nos últimos 10 anos e serem de livre acesso. As buscas realizadas foram feitas no período de julho de 2019 a abril de 2021, utilizando as bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e EBSCO.

Foram excluídos artigos repetidos entre as bases de dados e os que possuíam textos que não estavam disponíveis completos.

Para coleta de dados foram empregados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): autocuidado, masculinidade, saúde do homem, saúde pública e política de saúde, tendo como conector entre os termos o booleano AND.

RESULTADOS

Para compreensão, foi sintetizado no formato de tabela o número total de artigos encontrados e selecionados por base de dados, conforme identificado no quadro 1.

Quadro 1: Resumo dos resultados encontrados em cada base de dados utilizando-se as palavras-chave

PALAVRA-CHAVE	PLATAFORMA	TOTAL DE ARTIGOS	ARTIGOS SELECIONADOS
AUTOCUIDADO AND MASCULINIDADE	SCIELO	5	0
	EBSCO	24	8
	BVS	5	0
AUTOCUIDADO AND SAÚDE DO HOMEM	SCIELO	1	0
	EBSCO	6237	0
	BVS	13	0
ATENÇÃO PRIMÁRIA AND SAÚDE DO HOMEM AND PREVENÇÃO	SCIELO	4764	0
	EBSCO	5	2
	BVS	13	1
MASCULINIDADE AND SAÚDE PÚBLICA	SCIELO	26	0
	EBSCO	92	3
	BVS	18	0
ATENÇÃO PRIMÁRIA AND SAÚDE DO HOMEM	SCIELO	4	0
	EBSCO	6596	11
	BVS	398	0
PREVENÇÃO DE DOENÇAS AND SAÚDE DO HOMEM AND ATENÇÃO PRIMÁRIA	SCIELO	0	0
	EBSCO	3	2
	BVS	5554	0
PREVENÇÃO DE DOENÇAS AND MASCULINIDADE	SCIELO	2	0
	EBSCO	2	0
	BVS	88	0

Foram selecionados 25 artigos, os quais foram resumidos em um quadro (quadro 2) para apresentar suas principais características: título, ano, tipo de estudo, amostragem e conclusão.

Quadro 2: Resumo das características dos artigos incluídos no estudo

TÍTULO	ANO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	CONCLUSÃO
Charting the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH), from its formulation through to its implementation in local public health services	2012	Qualitativo com desenho de estudo de caso	Em 5 municípios, 6 narrativas com gestores e 21 entrevistas com profissionais.	Desconhecimento sobre PNAISH, rede de atenção à saúde do homem, técnicas de especificidade e conceito de gênero entre profissionais e gestores.
The man's health under the nurses perspective from a basic health unit	2012	Qualitativo	7 enfermeiros (3 homens e 4 mulheres)	Conhecer políticas e programas disponíveis e capacitar profissionais para atender os homens.
Atenção integral à saúde do homem: um desafio na Atenção Básica	2013	Qualitativo	11 profissionais da unidade básica de saúde	A maioria dos entrevistados não conhecia a Política Nacional Atenção Integral à Saúde do Homem e não compreendia a importância desta para os homens.
Brazilian comprehensive health care policies for adolescents, young men and the health of men: political debates and masculinity	2013	Analítico	Análise de textos do ministério da saúde e argumentações	Necessidade de operar masculinidade de forma mais ampliada para a saúde do homem se tornar mais inclusiva.
Percepção de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde	2014	Exploratório Descritivo Qualitativo	11 homens idosos da unidade de saúde da família	É possível haver engajamento entre idosos do sexo masculino em atividades de promoção de saúde e prevenção, porém aspectos relacionados ao gênero se mostraram limitantes.

Quadro 2: Resumo das características dos artigos incluídos no estudo

TÍTULO	ANO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	CONCLUSÃO
“Por Que Os Homens Não Cuidam Da Saúde?” A Saúde Masculina Na Perspectiva De Estudantes Da Área Da Saúde	2014	Qualitativo e descritivo	60 estudantes da área da saúde	Necessidade de modificação cultural para melhor aplicabilidade de políticas públicas.
Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família	2014	Qualitativo e descritivo	43 entrevistas a gestores e 86 a homens	Existe interesse do público masculino em acessar os serviços de saúde, mas lacunas, como o desenvolvimento de ações de promoção de saúde focadas nesse público, foram evidentes.
Seeking for health care: issues of gender and race among black contributors from a university	2015	Qualitativo	10 homens negros	Demonstra interferência das construções sociais relacionadas ao gênero e à raça na busca por cuidados de saúde.
E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens	2016	Qualitativo e quantitativo	4 homens e 14 mulheres de três regiões	Desafio para criar e promover estratégias para o cuidado em saúde dos homens.
Influência da masculinidade nas concepções e práticas de saúde-doença de alunos da educação superior em saúde	2017	Qualitativo e quantitativo	76 homens estudantes entre 18 e 61 anos	Esta pesquisa aponta tendência à mudança positiva sobre processo saúde-doença.
Sexualidades e saúde: perspectivas para um cuidado ampliado	2017	Qualitativo e quantitativo	Discussão acerca de sexualidades, multiplicidades e seu exercício	Agrega peculiaridades subjetividades e fatores psicossociais individuais e coletivos à discussão acerca da sexualidade no contato entre a população e os profissionais da saúde.
“Mas se o homem cuidar da saúde, fica meio que paradoxal ao trabalho”: relação entre masculinidades e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional	2018	Qualitativo, exploratório	27 homens entre 16 e 19 anos	Reafirma a importância de estudos de gênero e masculinidades para práticas de educação em saúde.
Subjetividades de homens rurais com problemas cardiovasculares: cuidado, ameaças e afirmações da masculinidade	2018	Qualitativo	12 homens rurais com doença cardiovascular crônica	A influência das subjetividades masculinas e desafio de promover a saúde do homem.
Integral health care for men’s health: military police adherence	2018	Quantitativo, exploratório, descritivo	181 policiais militares	O imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras dificultando a adoção de práticas de autocuidado.
“I feel more comfortable speaking to a male”: aboriginal and Torres Strait Islander men’s discourse on utilizing primary health care services	2018	Qualitativo e quantitativo	19 homens	Conhecer a heterogeneidade do perfil de homens aborígenes a fim de evitar ações dispendiosas e ineficazes.
Masculinidades y salud en la Región de las Américas	2019	Análise bibliográfica	Relato da bibliografia disponível, pesquisas e opiniões de especialistas	Explicita acerca da influência da masculinidade hegemônica na alta taxa de mortalidade entre homens, além de confirmar a escassez de políticas públicas que abranjam a população masculina e suas necessidades.
Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde	2020	Qualitativo, descritivo e exploratório	25 jovens universitários	A visão de invulnerabilidade da população masculina e a consequente dificuldade na busca pelos serviços de saúde é um dos desafios a serem vencidos para provocar mudanças de atitudes.

Diante do exposto e após a leitura minuciosa dos artigos selecionados, foi feita a interpretação dos resultados e identificação de estruturas problematizadas, sendo possível fazer uma análise crítica deles e sistematizar o conhecimento obtido deles.

DISCUSSÃO

Estudos que buscam compreender a relação gênero masculinidade vêm endossando o debate sobre saúde do homem, e trazem a masculinidade como

uma configuração prática em torno da posição dos homens nas relações de gênero. Em 2019, o relatório *Masculinidades y salud en la Región de las Américas* da Organização Pan-Americana da Saúde, apontou algumas condutas socialmente interpretadas como masculinas, adotadas por homens, capazes de influenciar e causar doenças nesta população (OPS, 2019).

Existem inúmeros fatores que corroboram com esse cenário: além da negação da própria vulnerabilidade, muitos homens buscam atendimento médico apenas quando há alguma manifestação sintomatológica e/ou enfermidade já instalada, optando, muitas vezes, como primeiro contato do sistema de saúde, níveis de atenção mais especializados. (BARROS, 2018; BURRILEA, 2018)

Além disso, a doença é considerada, pelos homens, como sinal de fragilidade e não a reconhecem como inerente à sua própria condição biológica; por isso, julgam-se invulneráveis, o que contribui negativamente para que eles se cuidem menos, bem como se exponham mais às situações de risco (ABREU TCA, 2018; COELHO, 2017).

Nesse sentido, Bispo (2015) descreve que a masculinidade hegemônica é usada para estabelecer uma distância com relação aos cuidados com a saúde e propõe que os motivos pelos quais os homens geralmente buscam os serviços de saúde são quando não conseguem suportar a dor e quando o problema os impossibilita de trabalhar. Isso se deve à visão cultural de que o comparecimento a um local associado ao cuidado e, em consequência, ao feminino pode gerar dúvidas com relação a virilidade e força do homem que o frequenta.

É evidente que a masculinidade culturalmente hegemônica fundamenta um modelo para essa população e, ao incorporar as construções sociais de gênero, o homem dispensa o cuidado com a saúde, adotando práticas de risco, como o exercício da violência, que pode trazer graves prejuízos à saúde dessa população (Lima, 2017 apud Martins, 2020; Casadei, 2020).

Para além disso, ainda existe a influência do pensamento de que a medicina se propõe a um modelo ainda de aspecto curativista, fato que contribui para uma invisibilidade do potencial de ação que a atenção primária possui. Nesse sentido, alguns estudos corroboram com a concepção de que há uma dificuldade de os homens acessarem as unidades de

saúde e que o vínculo entre profissionais e usuário beneficiaria a população masculina (MOREIRA, 2016; POLISELLO, 2014).

Com propósito de organizar a rede de atenção à saúde e contornar as barreiras que distanciam o homem do cuidado em saúde, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), objetivando uma maior integração dos homens na Atenção Primária à Saúde (APS) e focando no estímulo ao autocuidado, na prevenção e na promoção da saúde masculina, com o intuito de diminuir a incidência de doenças muito prevalentes nessa população, como doenças crônicas (cardiovasculares, diabetes, dislipidemias e neoplasias - principalmente, o câncer de próstata), e aproximando o homem do sistema de saúde.

Sabe-se que o público masculino que frequenta a APS consiste predominantemente em faixas etárias mais maduras e, muitas vezes, detentoras de doenças crônicas, fator que se revela como um dos que mais culminam na aproximação entre esse grupo e o serviço de saúde. Porém, a necessidade de aproximação e organização do serviço de saúde com foco na APS é necessária em outras faixas etárias quando, infere-se que um homem adulto, na faixa etária entre 15 a 29 anos apresenta 4,5 vezes menos chances de completar o próximo ano de vida, se comparado a mulheres da mesma idade (LEAL, 2012; IBGE, 2016 apud MARTINS, 2020).

Apesar dos esforços, a PNAISH surgiu como a primeira política pública vanguardista voltada para a saúde dos homens e sua institucionalização ainda está em processo de implantação no território nacional. Deve-se destacar que a política continua a investir em campanhas e em veículos de informação que acabam por resumir os homens ao câncer de próstata e à disfunção erétil, enfatizando o incorreto senso comum de que o homem deve procurar ou ser procurado pelo serviço de saúde apenas quando suspeitar fortemente de uma doença (CARNEIRO, 2016; LOPEZ, 2013).

A falta de implementação efetiva da PNAISH, o acesso do público masculino muito mais frequente em serviços de atenção secundária/terciária representam a ineficácia do sistema de saúde e fomenta a necessidade de mecanismos de fortalecimento e qualificação da APS para que o cuidado

à saúde não se restrinja à recuperação garantindo, especialmente, a promoção da saúde e a prevenção a agravos por vezes evitáveis (MARTINS, 2020).

A questão cultural e debates sobre a chamada masculinidade tóxica estão cada vez mais recorrentes na mídia e na pesquisa científica, com ênfase na saúde pública. Um estudo evidenciou que homens entre 17 e 19 anos ao serem interrogados quanto a associação masculinidades e cuidado à saúde, muitos elencam como empecilhos a rotina de atribuições, a não priorização da saúde, a concepção de que jovens não se envolvem em ações de promoção/prevenção ou barreiras institucionais devendo ser essas concepções mudadas e revertidas para ser estabelecido um equilíbrio na procura dos sexos frente a saúde no Brasil, estando a APS com este papel à nível de saúde pública (BARROS, 2018).

Sob outra ótica, segundo Silva (2015), como os profissionais de saúde também fazem parte da estrutura social onde a masculinidade hegemônica é construída, por vezes compartilham da visão cultural de que homens não podem demonstrar dor ou sofrimento e alguns estão despreparados para lidar com as demandas específicas desses usuários, o que também dificulta a criação de vínculos entre a população masculina e os serviços de saúde. (Por isso, é fundamental que as práticas de saúde deste público envolvam tanto os pacientes, como os profissionais que os cerceiam, na busca pela garantia do cuidado em saúde integral (MOURA, 2014; SILVA, 2015; MANTUAN, 2014).

Apesar de ações envolvendo o aspecto cultural, ainda existe dificuldade quanto à preferência geral por atendimentos realizados por profissionais homens, principalmente quando a queixa do paciente é um problema de saúde masculina, como disfunção erétil, por exemplo, configurando uma barreira para a adesão do usuário ao sistema de saúde pela não resolução plena das problemáticas (SILVA 2018; BURILLEIA 2012).

É urgente a necessidade de haver políticas e ações que promovam a inserção eficaz e precoce do homem no sistema de saúde, a fim de diminuir a incidência de doenças nesse público que poderiam ser evitadas ou minimizadas e, a longo prazo, amenizar os gastos do sistema de saúde. O envolvimento da APS, considerando suas ações que envolvem

prevenção e promoção de saúde, é capaz de melhorar a qualidade de vida da população. Para o público masculino, sobretudo menos favorecido social e economicamente, comportamentos maléficos à saúde são evidentes, sendo papel da APS o incentivo ao autocuidado e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, com garantia de vínculo e longitudinalidade (SILVA, 2012 apud LEAL, 2012).

Práticas que envolvam o cuidado do homem e APS já são relatadas com a proposição de atividades que têm como alvo o público masculino, através de “grupos de homens” e “ações de sábado” que visam promover a maior acessibilidade deles ao serviço, com ações preventivas e promotoras de saúde, de forma integral. Além dessa, descreveu-se experiências de participação ativa do homem no pré-natal, bem como no parto, influenciando a ressignificação das identidades masculinas. Braide (2019) descreveu este cenário com a percepção da nova paternidade como um momento de transição e crescimento emocional, ressignificando a paternidade e a masculinidade, além da mudança da relação desse homem com a própria saúde.

A herança patriarcal é responsável por gerar inúmeros obstáculos que afetam a adesão do público masculino ao cuidado em saúde, pois ratifica o pensamento de que os homens são seres invulneráveis e incapazes de adoecer. Nesse sentido, é importante que ações como as citadas sejam estimuladas e disseminadas com o objetivo de atingir um público cada vez maior e, assim, fomentar a mudança de concepção equivocada acerca da participação do homem nos serviços de saúde, reforçando o papel da APS nessa mudança de paradigma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As revisões literárias são fortes mecanismos que auxiliam na avaliação dos mais variados cenários, permitindo maior reconhecimento com o objeto de estudo antes de uma intervenção. Nesse sentido, este estudo evidenciou o quão prejudicial é a cultura machista vigente, seja entre os profissionais, seja pela própria população masculina, desencadeando na baixa adesão dos homens ao acompanhamento nos serviços de saúde no Brasil, e o grande impacto que ela pode causar. Além disso, o estudo

sobre o aspecto cultural e o impacto no cuidado em saúde devem ser realizados nos espaços de formação de profissionais de saúde, espaço com poucos estudos sendo realizados com esta temática.

Espera-se que tal evidência sirva tanto de reflexão para pesquisadores da área e demais indivíduos da sociedade, para que, em um futuro próximo, a implementação de práticas mais eficazes quanto a maior participação do público masculino no SUS com foco na APS seja efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Pedro Renaux. Ibge (ed.). PNS 2019: Quem mais utiliza o SUS avaliou mais positivamente a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Editoria: estatísticas sociais. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29203-pns-2019-quem-mais-utiliza-o-sus-avaliou-mais-ativamente-a-qualidade-dos-servicos-de-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 08 jun. 2021.
2. BARROS, Camylla Tenório et al. “Mas se o homem cuidar da saúde fica meio que paradoxal ao trabalho”: relação entre masculinidades e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 423-434, Jun. 2018.
3. Coelho, M. T. Ávila D., Rocha, D. M. P., & Carneiro, R. A. da S. (2017). INFLUÊNCIA DA MASCULINIDADE NAS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE-DOENÇA DE ALUNOS DA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE. *Interfaces Científicas - Humanas E Sociais*, 6(1), 47–58. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2017v6n1p47-58>
4. SANTOS, Dherik Fraga; LIMA, Rita de Cássia Duarte; DEMARCHI, Stephania Mendes; BARBOSA, Jeanine Pacheco Moreira; CORDEIRO, Marcos; SÍPIONI, Marcelo Eliseu; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. MASCULINIDADE EM TEMPOS DE PANDEMIA: onde o poder encolhe, a violência se instala. *SciELO*, [S.L.], 5 jul. 2020. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.900>.
5. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Erly Moura./ Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012.
6. SCHWARZ, Eduardo et al. Política de saúde do homem. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 108-116, Dez. 2012.
7. CANUTO, Kootsy; WITBERT, Gary; HARFIELD, Stephen; BROWN, Alex. “I feel more comfortable speaking to a male”: aboriginal and Torres Strait Islander men’s discourse on utilizing primary health care services. *International Journal For Equity In Health*, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-11, dez. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-018-0902-1>.
8. CARNEIRO, Liana Maria Rocha et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na Atenção Básica. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 29(4): 554-563, out./dez., 2016.
9. COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 20, n. 1, p. 79-92, 25 set. 2013.
10. CASADEI, Eliza Bachega; KUDEKEN, Victoria Sayuri Freire dos Santos. A masculinidade tóxica no discurso da saúde pública: estratégias de convocação dos homens em campanhas do SUS. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, [S.L.], v. 14, n. 4, 17 dez. 2020.
11. Lima CF, Reis A, Demétrio F. Sexualidades e saúde: perspectivas para um cuidado ampliado. 1ª ed. Editora Bonecker: Rio de Janeiro; 2017.
12. MARTINS, Elizabeth Rose Costa et al. Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190203, 2020
13. BURILLEA, Andréia et al. Subjetividades de homens rurais com problemas cardiovasculares: cuidado, ameaças e afirmações da masculinidade. *Saúde Soc.* São Paulo, v.27, n.2, p.435-447, 2018.
14. BISPO, Ariadne Soares; DIAS, Acácia Batista; PEREIRA, Álvaro. Seeking for health care: issues of gender and race among black contributors from a university. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 1856-1866, jan. 2015. ISSN 2175-5361. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1782>.
15. ABREU TCA de, Oliveira GS, Feitosa ANA et al. Integral health care for men’s health: military police adherence. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, 12(10):2635-42, out., 2018.

16. Coelho, M. T. Ávila D., Rocha, D. M. P., & Carneiro, R. A. da S. (2017). INFLUÊNCIA DA MASCULINIDADE NAS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE-DOENÇA DE ALUNOS DA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE. *Interfaces Científicas - Humanas E Sociais*, 6(1), 47–58. <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2017v6n1p47-58>
17. MOREIRA, Martha Cristina Nunes; GOMES, Romeu; RIBEIRO, Claudia Regina. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, e00060015, 2016.
18. Poliselio, Camila; Oliveira, Cassiana Morais de; Pavan, Mariana; Gorayeb, Ricardo. - Percepção de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde - Perception of elderly men about health and primary health care - Percepción de los hombres ancianos sobre salud y atención primaria de salud - *Rev. bras. med. fam. comunidade*;9(33): 323-335, out./dez. 2014.
19. LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Brazilian comprehensive health care policies for adolescents, young men and the health of men: political debates and masculinity. *Ciência & Saúde Coletiva, SciELO Public Health*, v. 18, n. 3, p. 743–752, 2013.
20. Leal AF, Figueiredo WDS, Silva GSND. Charting the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH), from its formulation through to its implementation in local public health services. *Ciência Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2607-16.
21. Silva PADS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NUDO, David HMSL. The man's health under the nurses perspective from a basic health unit. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012; 16(3):561-8.
22. CANUTO, Kootsy; WITTERT, Gary; HARFIELD, Stephen; BROWN, Alex. "I feel more comfortable speaking to a male": aboriginal and Torres Strait Islander men's discourse on utilizing primary health care services. *International Journal For Equity In Health*, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-11, dez. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-018-0902-1>
23. SILVA, Priscila Neves. Gênero, masculinidade e saúde do homem: a representação social do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2015. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva com concentração em Ciências Humanas e Sociais em Saúde)-Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. 2015.
24. MANTUAN DOS SANTOS COUTINHO, S. et al. "Por Que Os Homens Não Cuidam Da Saúde?" a Saúde Masculina Na Perspectiva De Estudantes Da Área Da Saúde. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 167–179, 2014. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=foh&AN=99619259&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 23 mar. 2021.
25. MOURA, Erly Catarina de. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):429-438, 2014. DOI: 10.1590/141381232014192.05802013

*** Autor correspondente:**

Ingrid Sarmiento Guedes

Email:

ingrid.s.g@hotmail.com

As diversas faces da linfocitose hemofagocítica em adultos

The many faces of hemophagocytic lymphohistiocytosis in adults

Eliseu Sousa do Amaral Júnior¹; Orivaldo Alves Barbosa¹; Lorena Alves de Souza Leal Araújo¹; José Hicaro Hellano Gonçalves Lima Paiva¹; Germison Silva Lopes²

1 – Serviço de Clínica Médica, Hospital Geral César Cals de Oliveira

2 – Serviço de Hematologia, Hospital Geral César Cals de Oliveira

Artigo submetido em: 19/04/2023

Artigo aceito em: 25/04/2023

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A linfocitose hemofagocítica (LHH) é uma doença mal compreendida, rara e pouco reconhecida. É predominantemente uma patologia pediátrica, faixa etária na qual existem protocolos terapêuticos bem determinados para esta entidade, mas sendo cada vez mais descrita e reconhecida na população adulta, na qual carece de dados científicos que possibilitem elaborar e unificar diretrizes de tratamento. Essa escassez de dados é ainda mais acentuada quando se avalia a epidemiologia dos países tropicais, em desenvolvimento e localidades limitadas em recursos. A literatura evidencia que a epidemiologia e a apresentação clínica da LHH podem ser diferentes nestas regiões. Este trabalho objetiva comparar a epidemiologia da literatura internacional com a de localidades em desenvolvimento enquanto contribui com os dados coletados de pacientes adultos com LHH no Hospital Geral Dr. César Cals, internados de 2019 a 2021. Foi realizada uma análise retrospectiva de prontuários de 6 pacientes institucionalizados neste período, possibilitando a elaboração de uma estatística descritiva e a comparação destes dados com o restante da literatura. Os dados coletados neste trabalho sugerem uma aproximação epidemiológica com os casos da literatura de países em desenvolvimento e importantes detalhes em relação ao diagnóstico e tratamento da LHH nessas localidades que não são tão contemplados pela literatura internacional. É certamente necessário que os profissionais de saúde tenham um alto índice de suspeição para esta patologia, especialmente nos países em desenvolvimento, e que estes casos sejam mais notificados para possibilitar a ampliação do conhecimento desta patologia ainda tão misteriosa.

Palavras-chave: linfocitose hemofagocítica; medicina tropical.

ABSTRACT

Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH) is a poorly understood, rare, and often unrecognized disease. It predominantly affects children, in whom well-established therapeutic protocols exist for this entity, but is increasingly being recognized in the adult population, where there is a lack of scientific data to develop and unify treatment guidelines. This scarcity of data is even more pronounced when evaluating the epidemiology of tropical, developing countries and resource-limited areas. Literature suggests that the epidemiology and clinical presentation of HLH may be different in these regions. This study aims to compare the epidemiology of international literature with that of developing regions while contributing to the data collected from adult patients with HLH at the Hospital Geral Dr. César Cals, who were hospitalized from 2019 to 2021. A retrospective analysis of medical records of 6 institutionalized patients during this period was conducted, allowing for the development of descriptive statistics and comparison of these data with the rest of the literature. The data collected in this study suggest an epidemiological approximation with cases in the literature from developing countries and important details regarding the diagnosis and treatment of HLH in these regions that are not well-covered by international literature. It is certainly necessary for healthcare professionals to have a high index of suspicion for this pathology, especially in developing countries, and for these cases to be more reported to enable the expansion of knowledge of this still-mysterious disease.

Keywords: hemophagocytic lymphohistiocytosis; tropical medicine.



INTRODUÇÃO

A Linfocitose Hemofagocítica (LHH) é uma doença rara, de difícil diagnóstico e pouco compreendida em sua fisiopatologia, estando associada a altos índices de mortalidade(1). Ela é caracterizada por disfunções na imunidade celular T/NK, que impedem a depuração adequada de patógenos e células neoplásicas, levando a uma resposta inflamatória sistêmica sem modulação, com liberação constante de citocinas pró-inflamatórias e recrutamento maciço de células do sistema macrofágico (2-5). A LHH engloba formas primárias, de caráter genético e familiar, e formas secundárias, que podem estar associadas a diversos gatilhos infecciosos, neoplásicos, autoimunes e farmacológicos. Seu diagnóstico é especialmente difícil em adultos, em que há menos critérios diagnósticos validados para esta faixa populacional, além da heterogeneidade de apresentação clínica e gatilhos que dificultam o emprego de protocolos com drogas imunossupressoras. A falha do reconhecimento, o subdiagnóstico, a ausência de dados que possibilitem uma estratificação prognóstica e a falta de consenso quanto ao tratamento dificultam o manejo desses pacientes, levando a piores desfechos. A escassez da literatura em relação a LHH de adultos nos países em desenvolvimento e regiões tropicais também contribui para o contraste entre a literatura internacional e a prática clínica desses locais.

Nos adultos, apesar de menos frequente, é descrito que a LHH ocorre numa ampla faixa etária e secundária a diversas patologias (2). O manejo dessa condição em adultos é extremamente desafiador, tanto pela ausência de critérios diagnósticos validados para esta faixa populacional (1, 5), quanto pela heterogeneidade de apresentação clínica e gatilhos, inclusive infecciosos, que tornam bem mais difícil o emprego de protocolos com drogas imunossupressoras, terapêuticas que já são utilizados em pacientes pediátricos com formas primárias (1-3, 5, 6). Assim, a falha do reconhecimento, o subdiagnóstico, a ausência de dados que possibilitem uma estratificação prognóstica e a falta de consenso quanto ao tratamento dificultam o manejo destes pacientes e, invariavelmente, conduzem a piores desfechos (1, 5).

Assim, esta série de casos busca contribuir com a literatura através da exposição de dados clínicos e epidemiológicos sobre LHH que possam ser relevantes, compartilhando a experiência do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), um centro terciário localizado em Fortaleza, capital do estado do Ceará no Brasil, nos anos de 2019-2021, além de fazer uma análise descritiva e comparativa destes achados com os da literatura internacional, focando no estudo que analisou a maior quantidade de pacientes adultos com LHH no mundo até então, de Ramos-Casals (2014), e no estudo que agrupou a maior quantidade de pacientes originários de países limitados em recursos ou em desenvolvimento, de Rajagopala (2012). Evitou-se incluir pacientes com COVID-19, buscando avaliar as causas tradicionais de LHH. Até o momento, esta é a única série de casos de LHH em adultos no Brasil, o que a torna extremamente relevante, sobretudo quando se observa que o estudo de Ramos-Casals (2014) não agrupou casos brasileiros.

MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários de seis adultos diagnosticados com LHH no Hospital Geral de Cuidados Complexos (HGCC), um hospital de alta complexidade localizado em Fortaleza/CE, com enfermarias especializadas em clínica médica, reumatologia e hematologia, durante o período de 2019 a 2021. Os pacientes foram selecionados com base no diagnóstico feito pela equipe assistente, utilizando o critério HLH-04 (ver ANEXO 1) e/ou o escore H (ver ANEXO 2) > 211 pontos, que corresponde a uma probabilidade de diagnóstico superior a 93% (7, 8). Foram excluídos os pacientes cuja apresentação clínica inicial foi uma infecção por germes piogênicos (como pneumonia bacteriana, infecção do trato urinário, infecção de pele ou partes moles), hepatite fulminante, sepse e/ou CIVD sem evidência de LHH, assim como os casos de COVID-19 (que é conhecida como uma causa de síndromes hiperinflamatórias).

Os dados utilizados foram sexo, idade, comorbidades, apresentação clínica inicial, tempo do início do quadro clínico para o diagnóstico, diagnóstico etiológico, contagem de hemoglobina, neutrófilos, plaquetas, valor de ferritina, triglicerídeos, fibrinogênio,

bilirrubina direta, TGO, critérios de HLH-04, H-score, evidência citológica ou histológica de hemofagocitose, tipo de tratamento empregado ou desfecho. Finalmente, foi realizada uma análise comparativa da casuística deste estudo e de locais limitados em recursos com a internacional.

A análise realizada a partir da avaliação destes casos associados aos demais estudos possibilitou uma avaliação estatística descritiva. A partir disto, são levantadas hipóteses para justificar os achados e elaboram-se pontos iniciais para futuros estudos de LHH em adultos de regiões limitadas em recursos.

RESULTADOS

Dados clínicos

Para a análise, utilizamos os dados dos 6 pacientes desta série de casos. As características clínicas estão resumidas na tabela presente no apêndice A. A média de idade foi de 37 anos (29-61 anos) e não houve predominância de sexo. A maior parte dos pacientes não apresentava comorbidades previamente diagnosticadas. O caso B havia relatado uso de metotrexato e glicocorticóides pelo diagnóstico de artrite reumatóide, ao passo que o caso F possuía tabagismo e hipertensão arterial sistêmica.

A apresentação clínica de todos os pacientes incluiu febre, sendo o intervalo entre o início desta e o diagnóstico em média de 30 dias (14-180 dias). Além disso, todos os pacientes apresentaram esplenomegalia. Hepatomegalia foi um achado também prevalente, sendo evidenciada em 5 pacientes (83%). Acerca dos diagnósticos etiológicos, as causas infecciosas representaram 4 (66%) dos pacientes, decorrentes de EBV (n=1), leishmaniose visceral (n=1), tuberculose (n=1) e histoplasmose disseminada (n=1). Após as causas infecciosas, predominaram as neoplasias hematológicas, sendo 2 casos (33%). Os diagnósticos específicos foram linfoma T periférico CD8+ (n=1) e linfoma difuso de grandes células B (n=1). Importante salientar que o caso A teve como apresentação clínica inicial a associação do linfoma T periférico CD8+ com tuberculose. Em um dos pacientes não foi possível determinar o diagnóstico etiológico por seu curso clínico fulminante.

Exames complementares e diagnóstico

Todos os pacientes apresentaram quadro clínico compatível com LHH, sendo classificados através dos critérios HLH-04 e H-score. 5 pacientes (83%) preencheram os critérios HLH-04, enquanto todos apresentaram H-score com alta probabilidade de LHH, sendo a média do escore no valor de 243 (219-264). O caso A não preencheu critérios HLH-04, porém foi optado por incluí-lo por ter sido conduzido como LHH pela equipe assistente, seu H-score de alta probabilidade e quadro clínico muito compatível. Este caso em questão apresentava piora laboratorial com citopenias e hipertrigliceridemia em evolução durante o internamento, porém após a terapêutica empregada houve pronta melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais.

Todos os pacientes apresentaram anemia, com uma hemoglobina média de 6,5 g/dL (variando entre 5,1 g/dL e 8,5 g/dL) e 5 (83%) apresentaram contagem plaquetária abaixo de 100.000/mm³, sendo a contagem em média de 52.000/mm³ (33.000/mm³-142.000/mm³). Apenas um dos pacientes apresentou contagem de neutrófilos < 1.000/mm³, correspondendo a 16% do total. A ferritina > 500 ng/mL esteve uniformemente presente na amostra, com apenas um dos casos com ferritina < 1.500 ng/mL. Os valores de triglicédeos estiveram elevados > 265 mg/dL em 5 pacientes (83%), sendo em média 296 mg/dL (208 mg/dL-721 mg/dL), ao passo que a hipofibrinogenemia < 150 esteve presente em 2 pacientes (33%), com uma média de 255 mg/dL (72 mg/dL-338 mg/dL).

As principais disfunções orgânicas encontradas foram hepatopatia, em 4 pacientes (66%), e coagulopatia, em 3 pacientes (50%). Em apenas 2 pacientes foram evidenciadas figuras de hemofagocitose através de análises histológicas ou citológicas, porém houve nos demais casos falhas pré-analíticas nestes exames, prejudicando a avaliação final. As características laboratoriais estão reunidas no apêndice B.

Tratamento e desfechos

Devido às dificuldades inerentes ao diagnóstico numa região carente de recursos, onde os métodos complementares são limitados e com pouca

rapidez, foram empregadas diversas terapias de caráter empírico. Esquemas terapêuticos para tuberculose foram empregados em 3 dos casos (50%), ainda que o diagnóstico tenha sido confirmado em apenas um deles. Anfotericina B lipossomal foi utilizada em 4 casos (66%), sendo em 2 destes evidenciados microorganismos responsivos a esta droga, um dos casos com evidência histopatológica de *Histoplasma* e outro com a presença de rK39 positivo sugerindo diagnóstico de leishmaniose visceral. Em relação a terapêuticas especificamente voltadas para a LHH, foram empregadas imunoglobulina humana e dexametasona 40mg em 5 pacientes (83%). O caso C, que recebeu diagnóstico de LHH por EBV através de PCR sérico em altos títulos, foi o único em que foi empregado o protocolo HLH-94, com o uso de ciclosporina (CSA) e etoposide (VP-16).

O desfecho geral desta série de casos foi bastante negativo, havendo 4 mortes (66%), com todos estes evoluindo de maneira bastante estereotípica, apresentando choque distributivo refratário e coagulopatia. Um dos casos com desfecho negativo, caso F, apresentou também evento cerebrovascular isquêmico extenso em território de artéria cerebral média, evoluindo com hipertensão intracraniana e desvio de linha média. Os dois casos com desfecho positivo apresentavam etiologias infecciosas.

DISCUSSÃO

O conhecimento limitado sobre LHH em adultos é um desafio significativo para o diagnóstico e tratamento adequados da doença em todo o mundo, especialmente em países tropicais e em desenvolvimento, como o Brasil. O estudo de Ramos-Casals publicado no *Lancet* em 2014, que avaliou apenas um pequeno número de casos, destacou a necessidade de mais pesquisas e análises sobre a LHH em diferentes perfis populacionais. É importante entender as características específicas da doença em cada país e região, a fim de conduzir casos de maneira mais adequada. Estudos como o de Rajagopala (2012), que se concentrou em casos indianos e da região ao sul da Ásia, são relevantes para entender as realidades de países tropicais e conduzir casos com perfis semelhantes. A ampliação do conhecimento sobre LHH em todo o mundo

é fundamental para melhorar a detecção precoce, o diagnóstico e o tratamento eficaz da doença.

É interessante notar como a epidemiologia da LHH pode variar em diferentes regiões do mundo, com padrões distintos em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Como mencionado, a prevalência de doenças infecciosas e a menor taxa de doenças autoimunes em regiões tropicais e em desenvolvimento podem influenciar no perfil populacional dos adultos com LHH. Além disso, a dificuldade em realizar diagnósticos precisos em locais com recursos limitados pode contribuir para a subestimação da prevalência de LHH e outras doenças raras nessas regiões. Portanto, é importante continuar estudando a epidemiologia da LHH em diferentes contextos para entender melhor como essa doença afeta a população mundial (6).

Acerca da apresentação clínica e diagnóstico da LHH em adultos, a aplicação de um escore diagnóstico baseado em critérios de inclusão utilizados em um único estudo (HLH-2004) e desenhado especificamente para as formas primárias da doença, bem mais prevalentes em crianças, torna o diagnóstico desafiador e leva ao reconhecimento tardio (2,7,8,9). Desta maneira, surgiram na literatura outras ferramentas para auxiliar o diagnóstico da LHH, destacando-se o H-score. Este escore foi desenvolvido por Farget et al (2014) utilizando uma amostra de 312 pacientes adultos com idade média de 51 anos e estratifica o risco de LHH através de um sistema de pontos, sendo o valor de 169 apontado como apresentando uma sensibilidade de 93% e especificidade de 86%.

Há ainda algum debate acerca do melhor ponto de corte para o diagnóstico de LHH através do H-score e se o mesmo é superior ao HLH-2004. Isto é esperado, pois apesar de o H-score ter sido desenhado para pacientes adultos em contraste com os critérios diagnósticos originais, a LHH ainda é uma doença sem marcador definitivo ou padrão-ouro de diagnóstico (9, 10).

Porém, em virtude de utilizar critérios mais acessíveis e amplamente disponíveis em regiões limitadas em recursos, onde não há disponibilidade de testes genéticos e pesquisas imunológicas, como receptor solúvel de IL-2 e mensuração de atividade de células NK, o H-score torna-se uma opção muito

prática para auxílio diagnóstico da LHH, justificando a escolha de estar incluída nesta série de casos uma paciente que não preenchia critérios pelo HLH-2004 porém com H-score altamente sugestivo da patologia (8, 10, 11). A utilização e elaboração de um escore probabilístico com critérios mais acessíveis à prática de regiões limitadas em recursos pode tornar mais precoce o reconhecimento da patologia e alertar a equipe assistente sobre a necessidade de buscar atenção especializada nestes locais.

Observam-se importantes diferenças entre os casos de HLH nas coortes de Ramos-Casal (2014), Rajagopala (2012) e na nossa avaliação. No estudo de Ramos-Casal (2014), foram analisados 2197 casos de HLH, que apresentavam 2696 patologias diferentes. Metade dessas patologias estavam relacionadas a gatilhos infecciosos, sendo 68% virais, com o EBV sendo o patógeno mais documentado. Das causas bacterianas, 18% foram atribuídas à tuberculose, enquanto que parasitas e fungos contribuíram com 4,7% e 3,3%, respectivamente. Das outras entidades nosológicas, 38% das citações estavam relacionadas a neoplasias, principalmente hematológicas, e uma minoria estava relacionada a doenças autoimunes. A proporção de casos com etiologia desconhecida foi de 3,3%.

Já na avaliação de Rajagopala (2012), realizada com 63 adultos de regiões da Índia e sul da Ásia, 51% dos casos foram atribuídos a infecções tropicais, incluindo leishmaniose visceral, rickettsioses, malária, histoplasmose e tuberculose. Em contraste com o estudo de Ramos-Casal (2014), apenas 30% dos casos foram desencadeados por infecções virais, e apenas 4,8% estavam relacionados a malignidades. O autor documentou casos relacionados à dengue e leptospirose, sugerindo que a pesquisa por esses patógenos deve ser rotineira em casos de HLH em países tropicais. Na nossa série de casos, a proporção de infecções foi semelhante à encontrada no estudo indiano, sugerindo uma aproximação epidemiológica.

No estudo em questão, foi observado o uso de IGIV e glicocorticóides, bem como taxa de desfechos negativos, próximos ao do estudo de Ramos-Casal (2004), com o emprego de outras terapêuticas imunossupressoras numa menor proporção de casos. No entanto, é importante ressaltar que as diferenças entre os dados de tratamento e desfechos são de difícil análise, especialmente nos pacientes adultos, onde

a prevalência de LHH secundária a outras doenças, inclusive infecciosas, é bem superior. Além disso, estão envolvidos fatores relacionados à disponibilidade das terapias, que podem ser de difícil acesso nas regiões em desenvolvimento. O estudo de Rajagopala (2012) explana algumas destas dificuldades com foco especificamente voltado para locais limitados em recursos, onde pode não ser factível afastar causas infecciosas antes do emprego da terapêutica imunossupressora, decisão que se torna difícil quando a literatura aponta que o tratamento do fator desencadeante, especialmente quando infecção, é um dos fatores mais importantes para o desfecho positivo.

CONCLUSÃO

Este estudo apresenta uma importante contribuição para a literatura científica ao trazer informações sobre casos de LHH em adultos em um contexto epidemiológico e social específico. A identificação de diferenças na apresentação clínica e epidemiológica da LHH entre regiões é relevante para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da doença. É importante destacar a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para a LHH em adultos, especialmente em países em desenvolvimento ou regiões limitadas em recursos, onde a subnotificação e o subdiagnóstico são comuns.

Além disso, a análise comparativa entre os casos descritos na literatura internacional e os casos do estudo reforça a importância de estudos específicos para cada região, visto que fatores como características genéticas, ambientais e socioeconômicas podem influenciar no perfil dos pacientes. No entanto, é preciso considerar as limitações do estudo, como a pequena amostra de pacientes e as dificuldades na coleta de dados. Ainda assim, este trabalho representa um passo importante na compreensão da LHH em adultos em um contexto epidemiológico e social específico.

REFERÊNCIAS

1. LA ROSÉE, Paul et al. Recommendations for the management of hemophagocytic lymphohistiocytosis in adults. *Blood*, [s. l.], v. 23, n. 133, p. 2465-2477, 6 jun. 2019.

2. RAMOS-CASALS, Manuel et al. Adult haemophagocytic syndrome. *Lancet*, [s. l], v. 9927, n. 383, p. 1503-1516, 26 abr. 2014.
3. KLEYNBERG, Roman Leonid; SCHILLER, Gary J. Secondary hemophagocytic lymphohistiocytosis in adults: an update on diagnosis and therapy. *Clinical Advanced Hematology Oncology*, [s. l], v. 11, n. 10, p. 726-732, 01 nov. 2012.
4. VOSKOBOINIK, Iliia; SMYTH, Mark J; A TRAPANI, Joseph. Perforin-mediated target-cell death and immune homeostasis. *Nature Reviews Immunology*, [s. l], v. 12, n. 6, p. 940-952, 1 dez. 2006.
5. SCHRAM, Alison M; BERLINER, Nancy. How I treat hemophagocytic lymphohistiocytosis in the adult patient. *Blood*, [s. l], v. 19, n. 125, p. 2908-2914, 7 maio 2015.
6. RAJAGOPALA, Srinivas; SINGH, Navneet. Diagnosing and treating hemophagocytic lymphohistiocytosis in the tropics: systematic review from the Indian subcontinent. *Acta Medica Academica*, [s. l], v. 2, n. 41, p. 161-174, out. 2012
7. HENTER, Jan-Inge et al. HLH-2004: Diagnostic and therapeutic guidelines for hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Pediatric Blood Cancer*, [s. l], v. 2, n. 48, p. 124-131, 25 ago. 2006.
8. FARDET, Laurence et al. Development and validation of the HScore, a score for the diagnosis of reactive hemophagocytic syndrome. *Arthritis Rheumatology*, [s. l], v. 9, n. 66, p. 2613-2620, 29 abr. 2014.
9. NAYMAGON, Leonard. Can we truly diagnose adult secondary hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)? A critical review of current paradigms. *Pathology Research And Practice*, [s. l], v. 153321, n. 218, p. 1-6, 17 dez. 2021.
10. DEBAUGNIES, France et al. Performances of the H-Score for Diagnosis of Hemophagocytic Lymphohistiocytosis in Adult and Pediatric Patients. *American Journal of Clinical Pathology*, [s. l], v. 6, n. 145, p. 862-870, 12 jun. 2016.
11. CRODEN, Jennifer; GROSSMAN, Jennifer; SUN, Haowei. External Validation of the HLH-2004 Diagnostic Criteria and H-Score for Diagnosis of Hemophagocytic Lymphohistiocytosis in Adults. *Blood*, [s. l], v. 1, n. 135, p. 44-45, 5 nov. 2020.

*** Autor correspondente:**

Eliseu Sousa do Amaral Júnior

Email:

eliseuamaraljr@gmail.com

Tabela 1 - Características clínicas dos pacientes com LHH internados dos anos de 2019 a 2021 no HGCC

Dados Clínicos										
Caso	Idade	Sexo	Comorbididades	Apresentação	Tempo de doença (dias)	Diagnóstico Etiológico	Critérios HLH-2004	H-Score	Tratamento	Desfecho
A	37	M		Hepatoesplenomegalia Linfadenopatia generalizada Febre Síndrome consumptiva	30	Linfoma T periférico CD8+ Tuberculose	4	220	QT para doença de base RIPE	Positivo
B	31	M	AR	Colestase sem dilatação de vias biliares Hepatoesplenomegalia Febre	30	Histoplasmose disseminada	5	237	Anfotericina B lipossomal Imunoglobulina humana Dexametasona 40mg	Óbito por choque refratário e coagulopatia
C	37	H		Hepatoesplenomegalia Dispnéia com infiltrado pulmonar Febre Síndrome consumptiva	30	EBV	6	264	Anfotericina B lipossomal RIPE Imunoglobulina humana Dexametasona 40mg HLH-94	Óbito por choque refratário e coagulopatia
D	29	M		Hepatoesplenomegalia Febre Síndrome consumptiva	14	Leishmaniose visceral	5	249	Anfotericina B lipossomal Imunoglobulina humana Dexametasona 40mg	Positivo
E	43	H		Cefaléia com sinais meníngeos Hepatoesplenomegalia Febre Síndrome consumptiva	90	Desconhecido	5	219	Anfotericina B lipossomal RIPE Imunoglobulina humana Dexametasona 40mg	Óbito por choque refratário e coagulopatia
F	61	H	HAS Tabagismo	Hepatoesplenomegalia Linfadenopatia generalizada Febre Síndrome consumptiva	180	Linfoma difuso de grandes células B	6	249	Imunoglobulina humana Dexametasona 40mg	Óbito por choque refratário e evento cerebrovascular
Médias	37				30		5	243		

Complicações agudas de pacientes submetidos à hernioplastia inguinal por videolaparoscopia

Acute complications of patients submitted to inguinal hernioplasty by videolaparoscopy

Dielly Chaves Moreira¹; Larisce Lopes Sarmiento¹; Felipe Siqueira Teixeira¹; Ingrid Sarmiento Guedes¹; Rodrigo Martins de Paiva Sales²; Lidiane Quaresma Pinto Bezerra²

1 – Cirurgia Geral - Escola de Saúde Pública do Ceará - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

2 – Especialista em cirurgia do aparelho digestivo - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

Artigo submetido em: 19/04/2023

Artigo aceito em: 24/04/2023

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

Introdução: as hérnias inguinais são as mais comuns na população. A indicação cirúrgica é relacionada primordialmente à qualidade de vida do paciente. Por ano, as cirurgias de correção da falha da aponeurose, denominadas hernioplastias, são responsáveis por cerca de 1,5% dos procedimentos realizados mundialmente. **Objetivos:** Esse trabalho objetiva analisar o desfecho clínico e o perfil de pacientes submetidos à hernioplastia inguinal videolaparoscópica por meio do estudo de prontuários eletrônicos, avaliando a idade, o sexo, as comorbidades, a técnica cirúrgica, o tempo de internamento hospitalar e as complicações. **Metodologia:** Esse estudo retrospectivo observacional utilizou prontuários eletrônicos de pacientes submetidos à hernioplastia inguinal videolaparoscópica entre dezembro de 2020 a dezembro de 2022 no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar. **Resultados:** A maioria dos pacientes do estudo foi formada pelo sexo masculino e pela faixa etária entre 46 e 60 anos. Do total de pacientes estudados, apenas 14 afirmaram ser portadores de comorbidades e 36 pacientes negaram procedimentos de hernioplastia inguinal anteriores. O tempo máximo de permanência hospitalar dos pacientes desde a admissão foi de 7 dias. Apenas 11 pacientes do sexo masculino apresentaram complicações relacionadas ao procedimento. **Discussão:** o aparecimento das hérnias inguinais está relacionado à anatomia que envolve o espaço miopectíneo de Fruchaud. As hérnias podem ser classificadas de acordo com o orifício em que são formadas e a depender da localização e ocorrência ou não de recidiva, as hérnias são classificadas de acordo com Nyhus. As técnicas cirúrgicas utilizadas podem ser divididas em abertas/convencionais e laparoscópicas, com indicações específicas e incidência diferente de complicações. **Conclusão:** A abordagem videolaparoscópica, apesar dos pontos positivos, possui limitações principalmente pela aptidão dos cirurgiões para realizá-la, pela disponibilidade de equipamento videolaparoscópico e pelo custo.

Palavras-chave: cirurgia geral; hernia inguinal; cirurgia laparoscópica.

ABSTRACT

Introduction: inguinal hernias are the most common in the population. The surgical indication is primarily related to the patient's quality of life. Per year, surgeries to correct aponeurosis failure, called hernioplasties, are responsible for about 1.5% of procedures performed worldwide. **Objectives:** this study aims to analyze the clinical outcome and the profile of patients undergoing videolaparoscopic inguinal hernioplasty through the study of electronic medical records, assessing age, gender, comorbidities, surgical technique, length of hospital stay and complications. **Methodology:** this retrospective observational study that used electronic medical records of patients who underwent videolaparoscopic inguinal hernioplasty between December 2020 and December 2022 at Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar. **Results:** Most of the patients in the study were male and aged between 46 and 60 years. Of the total number of patients studied, only 14 claimed to have comorbidities and 36 patients denied previous inguinal hernioplasty procedures. The maximum length of hospital stay for patients since admission was 7 days. Only 11 male patients had complications related to the procedure. **Discussion:** the appearance of inguinal hernias is related to the anatomy that involves Fruchaud's myopectineal space. Hernias can be classified according to the orifice in which they are formed and depending on the location and occurrence or not of recurrence, hernias are classified according to Nyhus. The surgical techniques used can be divided into open/conventional and laparoscopic, with specific indications and different incidence of complications. **Conclusion:** the videolaparoscopic approach, despite its positive points, has limitations mainly due to the ability of surgeons to perform it, the availability of videolaparoscopic equipment and cost.

Keywords: General Surgery; Inguinal Hernia; Laparoscopic Surgery.



INTRODUÇÃO

As hérnias ocorrem por falhas na aponeurose e no músculo revestidos pelo peritônio. Devido a isso, pode haver protrusão de vísceras e órgãos da cavidade abdominal. Dentre as classificações, as hérnias são separadas principalmente pela posição e pelo local da formação: femorais, epigástricas, umbilicais, incisionais ou inguinais¹.

As hérnias inguinais (HI) são as mais comuns na população, podendo ser sintomáticas ou assintomáticas. Quando sintomáticas, são responsáveis por dor local, ardor, constipação, incontinência urinária e, inclusive, incapacidade para realização de atividades básicas diárias^{2,3}.

Apesar de serem definidas como falhas de tecidos, existe o tratamento conservador, exceto em homens sintomáticos e mulheres portadoras de hérnias inguinocrurais. Para homens, a indicação de observação e não realização do procedimento cirúrgico é válida principalmente para portadores de comorbidades que possam ter relação com o aumento do risco cirúrgico^{2,4}.

Nos grupos em que o tratamento é conservador, há necessidade de avaliar alguns fatores que possam indicar o aparecimento de sintomas precocemente ou serem relacionados à complicação da hérnia inguinal, como dor ao realizar atividades, portadores de constipação crônica e prostatismo^{2,5}.

Apesar disso, a indicação cirúrgica é relacionada primordialmente à qualidade de vida do paciente, sendo esse o fator preponderante para sua indicação. Por ano, as cirurgias de correção da falha da aponeurose, denominadas hernioplastias, são responsáveis por cerca de 1,5% dos procedimentos realizados mundialmente. Após o procedimento, habitualmente, os pacientes retornam aos poucos ao cotidiano, sem queixa de dores ou de incômodo para realização de atividades a longo prazo^{6,7}.

Além dessa indicação por sintomatologia, deve-se também avaliar alguns históricos pessoais para a definição da técnica cirúrgica, como a recidiva de hérnias já submetidas a hernioplastias anteriores, o que pode ser um fator indicativo da correção por uma técnica diferente da realizada anteriormente⁶.

Apesar disso, trabalhos afirmam que a técnica videolaparoscópica pode trazer maiores benefícios aos pacientes se comparada a outras técnicas².

Com a finalidade de analisar o desfecho e o perfil dos pacientes submetidos à hernioplastia inguinal videolaparoscópica, esse trabalho foi realizado a partir da análise de prontuários eletrônicos de 42 pacientes submetidos à hernioplastia inguinal videolaparoscópica no Hospital José Martiniano de Alencar (HMJMA).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo desenvolvido por meio da análise de 42 prontuários eletrônicos de pacientes internados e submetidos à hernioplastia inguinal videolaparoscópica no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA) entre dezembro de 2020 e dezembro de 2022.

Foram incluídos os pacientes acima de 18 anos, do sexo masculino ou feminino, submetidos à hernioplastia inguinal por via laparoscópica sem necessidade de abordagem convencional durante o procedimento. Foram excluídos os pacientes submetidos à hernioplastia convencional.

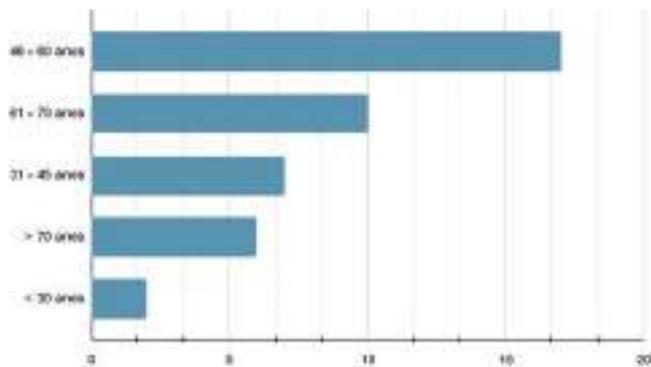
Todos os dados foram registrados em planilhas e a análise foi realizada pelos próprios pesquisadores, utilizando valores absolutos e percentuais.

RESULTADOS

A maioria dos pacientes do estudo foi formada pelo sexo masculino (37 - 88,1%), sendo apenas 5 (11,9%) do sexo feminino.

A maior parte dos pacientes fazia parte da faixa etária entre 46 e 60 anos (17 - 40,5%), seguidos, respectivamente, pelas faixas etárias entre 61 e 70 anos (10 - 23,8%), 31 e 45 anos (7 - 16,7%), maiores que 70 anos (6 - 14,3%) e com menos de 30 anos (2 - 4,8%) (gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição por faixa etária dos pacientes submetidos à hernioplastia inguinal videolaparoscópica no HMJMA



Fonte: autoria própria.

Do total de pacientes estudados, apenas 14 (33,3%) afirmaram ser portadores de comorbidades. Desses, todos possuíam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo 2 associada a Diabetes Mellitus (DM) e 2 associada à Dislipidemia (DLP).

Além disso, 15 pacientes afirmaram que já foram ou eram tabagistas ou/e etilistas na data do procedimento, sendo 5 tabagistas/ex-tabagistas e etilistas/ex-etilistas, 4 apenas tabagistas/ex-tabagistas e 6 apenas etilistas/ex-etilistas (tabela 1).

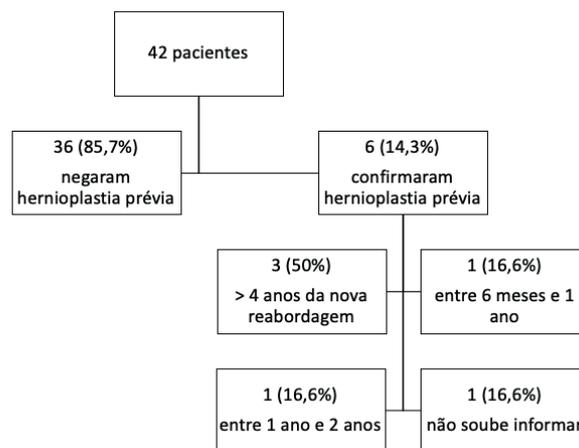
Tabela 1 - Distribuição dos hábitos e vícios dos pacientes internados no HMJMA

	Apenas tabagista ou ex-tabagista	Apenas etilista ou ex-etilista	Tabagista/ex tabagista e etilista/ex-etilista
Total (15 pacientes)	4 (26,6%)	6 (40%)	5 (33,3%)

Fonte: autoria própria. Valor absoluto e percentual dos 20 pacientes que afirmaram etilismo ou tabagismo prévio ou na data do procedimento.

Dos 42 pacientes, 36 (85,7%) negaram procedimentos de hernioplastia inguinal anteriores. Dos 6 (14,3%) que afirmaram esse histórico prévio, 3 (60%) foram submetidos há mais de 4 anos da nova abordagem, 1 (20%) entre 6 meses e 1 ano, 1 (20%) entre 1 ano e 2 anos e 1 paciente não soube informar (fluxograma 2).

Fluxograma 1 - Distribuição dos pacientes internados no HMJMA com histórico prévio de abordagens de hernioplastias inguinais



Fonte: autoria própria. Valor absoluto e percentual dos 20 pacientes que afirmaram etilismo ou tabagismo prévio ou na data do procedimento.

Desses pacientes com história prévia de abordagem cirúrgica, apenas 3 (50%) sabiam informar o tipo de hernioplastia na qual foram submetidos, sendo a hernioplastia inguinal convencional/aberta. Como resultado da análise dos prontuários, também foi possível definir o tipo de hérnia em 28 pacientes, sendo 18 portadores de hérnia direta, 8 de hérnia indireta e 2 de hérnia mista. Nessa nova abordagem, 18 (42,8%) foram classificados como hérnia inguinal direta, 14 (33,3%) pacientes não tinham informações sobre essa classificação da hérnia, 8 (19%) como indireta e 2 (4,7%) como mista. Dos 42 pacientes, 18 foram submetidos à hernioplastia videolaparoscópica bilateral em uma única abordagem. Além disso, 34 pacientes foram submetidos ao fechamento do flap por securestrap e apenas 8 pacientes por sutura videolaparoscópica.

O tempo máximo de permanência hospitalar dos pacientes desde a admissão foi de 7 dias, sendo 13 pacientes (31%) permanecendo menos de 2 dias internados e 29 pacientes (69%) numa média de 5 dias. O tempo de internamento desde o procedimento cirúrgico até a alta hospitalar foi menor que 2 dias em 40 pacientes (95,2%) e entre 2 e 7 dias em 2 pacientes (4,8%).

Dos 42 pacientes, 11 do sexo masculino apresentaram complicações, evoluindo: 3 com hematoma da bolsa escrotal, 3 com hidrocele, 2 com seroma, 1 com edema de bolsa escrotal e 1 com edema

de bolsa escrotal com recidiva e 1 com abaulamento da região inguinal com posterior indicação de reabordagem (recidiva) (gráfico 4). Entretanto, nenhum paciente foi internado no HMJMA para reabordagem, apenas compareceram no pós-operatório cerca de 15 dias após a cirurgia para o seguimento.

Gráfico 4 - Distribuição por complicações dos pacientes submetidos à hernioplastia inguinal videolaparoscópica internados no HMJMA

COMPLICAÇÃO	QUANTIDADE (PERCENTUAL)
Hematoma da bolsa escrotal	3 (27,3%)
Hidrocele	3 (27,3%)
Seroma	2 (18,1%)
Edema de bolsa escrotal	1 (9,09%)
Recidiva	1 (9,09%)
Edema de bolsa escrotal + recidiva	1 (9,09%)

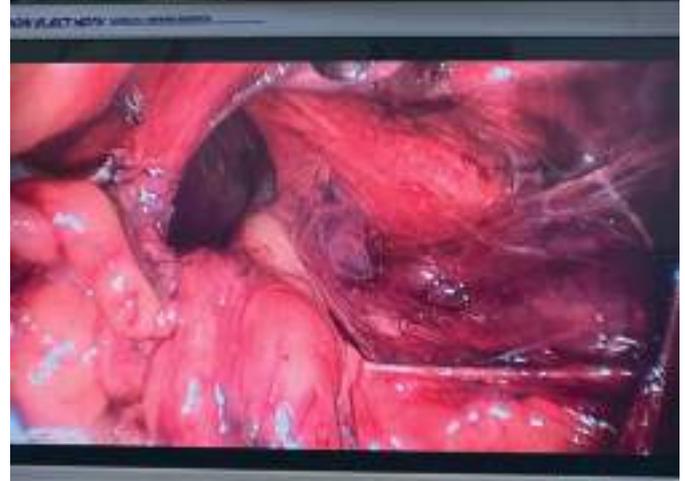
Fonte: autoria própria.

DISCUSSÃO

O aparecimento das hérnias inguinais está relacionado à anatomia que envolve o espaço miopectíneo de Fruchaud, que é parte da parede abdominal anterior constituída apenas por fáschia e peritônio, tornando a região mais frágil ao aparecimento de hérnias. Esse espaço é delimitado em 4 paredes: superior pelos músculos oblíquos interno e transversos, inferior pelo ligamento de Cooper, medialmente pela borda lateral do músculo reto abdominal e lateralmente pelo músculo iliopsoas.^{6,7,8}

As hérnias podem ser classificadas de acordo com o orifício em que são formadas: indiretas (figura 1) caso localizadas lateralmente aos vasos epigástricos inferiores e diretas (figura 2) se localizadas medialmente a esses vasos. As hérnias formadas no espaço femoral situam-se posteriormente ao ligamento pectíneo, lateralmente ao ligamento lacunar e medialmente à veia femoral.⁸

Figura 1 - Hérnia inguinal indireta à direita



Fonte: imagem cedida pela cirurgiã do aparelho digestivo doutora Lidiane Quaresma Pinto Bezerra. Fotografia realizada durante hernioplastia inguinal videolaparoscópica no HMJMA.

A depender da localização e ocorrência ou não de recidiva, as hérnias são classificadas de acordo com Nyhus (quadro 1) em: I (indireta com anel inguinal interno sem dilatação em crianças), II (indireta com anel inguinal interno dilatado em adultos), III-A (direta), III-B (mista), III-C (femoral), IV-A (recidivada direta), IV-B (recidivada indireta), IV-C (recidivada femoral) ou IV-D (recidivada mista)⁹.

Figura 2 - Hérnia inguinal direta à esquerda



Fonte: imagem cedida pela doutora Larisce Sarmento. Fotografia realizada durante hernioplastia inguinal videolaparoscópica no HMJMA.

Em pacientes classificados em NYHUS tipo III - A com enfraquecimento da parede medial aos vasos epigástricos, III - B com anel inguinal alargado com exteriorização do saco pela bolsa escrotal, III - C ou, ainda, em situações em que o pequeno oblíquo e transversos têm alta inserção, a decisão por colocação

de prótese e pela técnica cirúrgica videolaparoscópica tornam-se cruciais para reduzir chances de recidiva e, portanto, no melhor sucesso cirúrgico.^{10,11}

A prevalência das hérnias da parede abdominal é maior em pacientes com mais de 45 anos e as hérnias inguinais têm maior incidência em homens, sendo, assim, a literatura compatível com o estudo, em que a grande maioria dos pacientes era composta por homens e maior prevalência na faixa etária entre 46 e 60 anos.¹²

O diagnóstico da hérnia inguinal é clínico, sendo a principal e primeira queixa do paciente tumefação da região inguinal e dor no local. Há necessidade de exames complementares em situações de dúvida diagnóstica, optando-se pelo exame de Ultrassonografia (USG) pela facilidade de acesso e suficiência dos dados obtidos pelo exame. Em situações de permanência da dúvida diagnóstica, pode-se realizar o exame de Ressonância Nuclear Magnética (RNM), principalmente quando suspeita-se de outros diagnósticos diferenciais, como linfonodomegalia, pubeíte e hidrocele.²

Em casos de sinais de hérnia estrangulada, considera-se uma cirurgia de emergência e, se possível, decidir pela não colocação de prótese pelo maior risco de desenvolvimento de infecção, fístula e rejeição, optando por laparotomia para visualização direta das alças intestinais. Uma hérnia apenas encarcerada, diferente de uma estrangulada, não possui impedimento de circulação sanguínea com sofrimento de estruturas dentro do saco herniário.¹³

O tabagismo está associado ao aparecimento e à recidiva de hérnias por ocasionar danos ao processo de cicatrização e na composição do colágeno, enfraquecendo a parede abdominal. Do estudo, 9 pacientes afirmaram ser tabagista ou ex-tabagistas, sendo apenas 1 submetido à hernioplastia devido a recidiva de hérnia após procedimento realizado há mais de 4 anos. Além do tabagismo, o Diabetes Mellitus (DM) também dificulta o processo de cicatrização. Dos 14 pacientes que afirmaram ser portadores de comorbidades, 2 possuíam DM, porém negavam histórico prévio de hernioplastias.¹⁴

Como complicações pós-operatórias, a dor é comum, cessando nos primeiros dias e tem boa resposta a analgésicos, sendo, portanto, uma reação esperada. Porém, caso haja persistência por semanas, inferindo na qualidade de vida do paciente, pode estar relacionada a outras complicações não identificadas, dentre elas a recidiva da hérnia.¹⁵

Além da dor, a hidrocele, complicação que ocorreu com 3 pacientes do estudo, é definida como uma coleção em qualquer trajeto da descida do testículo ou do ovário, podendo ser identificado aumento do líquido e volume escrotal sem alteração da cor. A hidrocele aguda envolve apenas o escroto, sendo muitas vezes difícil distinguir de uma hérnia encarcerada, e a hidrocele comunicante é uma falha do fechamento do conduto peritônio-ovaginal. Ela pode decorrer da mobilização do cordão espermático ou da dissecação do saco herniário e do anel inguinal interno, levando à disfunção da drenagem linfática. Muitas vezes, essa complicação e o edema de bolsa escrotal, podem durar cerca de 3 semanas com resolução espontânea, sendo necessário acompanhamento ambulatorial do cirurgião para avaliação de possível recidiva pelo aumento da pressão.^{16,17}

Com outros 3 pacientes submetidos à hernioplastia inguinal videolaparoscópica, houve hematoma, porém é uma complicação comum em pacientes com o saco inguinoescrotal grande, com resolução espontânea em poucas semanas.¹⁸

Existem divergências na literatura quanto à classificação do seroma como uma complicação ou como uma resposta esperada pós-operatória associada à cicatrização, principalmente pela pouca necessidade de intervenção e pela sua resolução

Quadro 1 - Classificação de Nyhus

Classificação	Características da hérnia
I	Indireta com anel inguinal interno sem dilatação em crianças
II	Indireta com anel inguinal interno dilatado em adultos
III - A	Direta
III - B	Mista
III - C	Femoral
IV - A	Recidivada direta
IV - B	Recidivada indireta
IV - C	Recidivada femoral
IV - D	Recidivada mista

Fonte: adaptado de NYHUS, 1991.

espontânea¹⁹. O seroma tem etiologia pouco esclarecida, porém, suspeita-se da inflamação da região inguinal após a dissecação da camada pré-peritoneal e o uso das telas utilizadas sobre o orifício miopectíneo, além das hérnias estranguladas já serem fatores de risco por si só da formação do seroma.²⁰ Os dois pacientes do estudo portadores dessa complicação tiveram resolução espontânea, compactuando com a literatura. Além de terem sido submetidos à técnica videolaparoscópica, em que há estudos indicando menor incidência de seroma se comparada à técnica convencional.^{21,22}

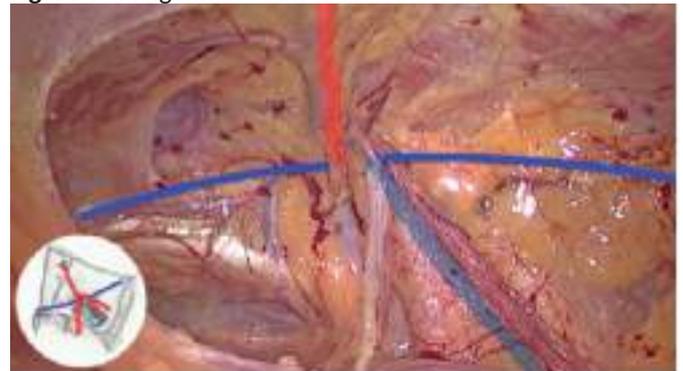
A técnica aberta ou convencional é a principal escolha para hernioplastias inguinais pelo menor custo e maior disponibilidade de cirurgiões capacitados pela realização, principalmente quando as hérnias não são bilaterais ou recorrentes. A técnica videolaparoscópica (VLP) é optada por estar relacionada a um retorno mais rápido às atividades. Apesar da hernioplastia inguinal ser associada a baixas taxas de infecção de sítio cirúrgico, quando é optado pela técnica VLP, há ainda redução dessas taxas.²³ Nas hérnias inguinais bilaterais, a via de escolha também é a VLP, por estar associada a um melhor resultado.¹³

Além dos pontos positivos supracitados, a técnica laparoscópica também promove menor tempo de permanência hospitalar. Na hernioplastia inguinal por via laparoscópica, visando a redução do risco de aderência e obstrução intestinais opta-se pela abordagem extraperitoneal (TEP), em que a abordagem cirúrgica e a colocação da prótese é extraperitoneal. Já a técnica transabdominal pré-peritoneal (TAPP) ocorre pela abordagem da região inguinal por via abdominal com colocação da prótese extraperitoneal, optando-se pela realização em hérnias com grandes defeitos, principalmente do assoalho posterior inguinal.^{24,25,26}

A técnica transabdominal pré-peritoneal já se inicia com a identificação de regiões/marcos anatômicos: o espaço miopectíneo de Fruchaud; Y invertido que consiste em vasos epigástricos inferiores, ducto deferente e vasos espermáticos (figura 4); e o trato iliopúbico que é delimitado pela crista ilíaca anterossuperior até o ligamento de Cooper, permitindo classificar as hérnias em inguinais (anterior ao trato) ou femorais (inferior ao trato). Para dissecação

da zona 1, correspondente à região lateral aos vasos epigástricos inferiores (hérnia indireta) e vasos espermáticos, utiliza-se como limite lateral a espinha ilíaca anterossuperior e limite posterior o músculo psoas. Em relação à zona 2, correspondente à região medial em relação aos vasos epigástricos inferiores (hérnia direta), a dissecação deve ocorrer no espaço de Retzius até o ligamento de Cooper e a sínfise púbica. Para finalizar, a zona 3 é formada pelo Triângulo da Morte delimitado inferiormente pelo músculo psoas, lateralmente pelos vasos espermáticos e medialmente pelos ductos deferentes, necessitando maior atenção por englobar vasos, artéria e veia ilíacas. Nessa última etapa, ocorre a dissecação do saco herniário, dissecação total do peritônio, colocação de prótese e, por fim, o fechamento peritoneal.²⁷

Figura 4 - Imagem do “Y invertido”



Fonte: FURTADO et al, 2019. Imagem do “Y invertido”: vermelho - vasos epigástricos inferiores; azul - vasos espermáticos; e branco - ducto deferente.

A hernioplastia inguinal por TEP consiste em posicionar o paciente em Trendelenburg com o cirurgião contralateral à hérnia, inseridos dois trocartes na linha média e realizado pneumoperitônio com uma pressão de até 12mmHg. Após adentrar a cavidade, é importante visualizar três reparos anatômicos para a correta realização da dissecação e reparo anatômico: linha arqueada, púbis e vasos epigástricos inferiores. A hérnia é dissecada e reduzida, juntamente com o saco e outras estruturas, intencionando-se expor os vasos gonadais e deferentes. Introduce-se a tela pelo portal infraumbilical e fixa-se por grampos. Por fim, com visão direta, é realizada a desinsuflação^{4,28}.

A malha de polipropileno (figura 5) convencional é constituída por fios multifilamentares que

permitem uma alta durabilidade, elasticidade em várias direções e definição do tamanho sem desfiar. A tela é inserida pelo trocarte de 10mm no espaço de Retzius, ajustada cobrindo os orifícios herniários. Caso seja uma tela de três dimensões (3D), não há necessidade de ser fixada com grampos, diferente da convencional^{29,30}.

Figura 5 - Tela de propileno 3D sendo fixada no orifício herniário por via laparoscópica



Fonte: Imagem cedida pelo cirurgião do aparelho digestivo doutor Walter Feitosa.

CONCLUSÃO

Pode-se avaliar, com esse estudo, que é indiscutível que as hernioplastias inguinais possuem diversas formas de abordagem cirúrgica, variando de acordo com as características da hérnia, o histórico do paciente e, não menos importante, a formação do cirurgião. A abordagem videolaparoscópica, apesar dos pontos positivos, possui limitações principalmente pela aptidão dos cirurgiões para realizá-la, pela disponibilidade de equipamento videolaparoscópico e pelo custo.

Visto isso, apesar das hérnias inguinais estarem relacionadas a possibilidade de recidivas e a outras complicações no pós-operatório, a grande maioria das complicações citadas nos pacientes do estudo teve resolução espontânea e eram contratempos comuns nessa abordagem.

O estudo possui algumas limitações, como o acesso a todas as informações sobre o histórico cirúrgico dos pacientes em outras abordagens e o seguimento pré-operatório e pós-operatório na abordagem em questão. Além disso, apesar da grande

quantidade de hernioplastias inguinais videolaparoscópicas, considerando-se apenas um centro e um curto intervalo de tempo, em apenas dois anos de estudo, é necessário aumentar a amostragem, para que haja uma melhor análise de complicações associadas à hernioplastia.

REFERÊNCIAS

1. GROSSI, João Vicente Machado; CAVAZZOL, Leandro Totti; BREIGEIRON, Ricardo. Herniorrafia inguinal: pode-se identificar os três principais nervos da região? *Rev. Col. Bras. Cir.*, [s. l.], v. 3, n. 42, p. 149-153, 2015.
2. CLAUS, Christiano Marlo Paggi; OLIVEIRA, Flávio Malcher M. de; FURTADO, Marcelo Lopes, et al. Orientações da Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) para o manejo das hérnias inguinocrurais em adultos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, [s. l.] v. 46, n. 4, p. 1-20, 2019. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20192226>.
3. SOUZA, Skarlatt Quézia Pires et al. Peculiaridades da hérnia inguinal - adentos terapêutico e aspectos clínicos. *Brazilian Journal Of Development*, [s. l.], v. 8, n. 9, p. 60381-60393, 1 set. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n9-003>.
4. TEIXEIRA, Filipe Mateus Costa et al. Revision study of inguinal hernia repair surgery: lichtenstein technique versus laparoscopic. *Revista Médica de Minas Gerais*, [s.l.], v. 27, p. 44-51, 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170055>.
5. GONÇALVES JUNIOR, Elias José Piazzentin et al. Fatores de risco para Hérnias Inguinais: uma revisão sistemática / risk factors for inguinal hernials. *Brazilian Journal Of Development*, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 10531-10547, 10 fev. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n2-137>.
6. CARDOSO, Anna Maria Garcia. HÉRNIA VESICO-INGUINAL: relato de caso. *Relatos de Casos Cirúrgicos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 1-4, 30 set. 2021. *Revista de Relatos de Casos do ABC*. <http://dx.doi.org/10.30928/2527-2039e-20212916>.

7. GOULART, André; MARTINS, Sandra. Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. Revista Portuguesa de Cirurgia, [s. l], v. 33, n. 1, p. 25-42, 2015.
8. GUERRON, Daniel; GUERRON, Daniel. Daniel Guerron. In: ROSEN, Michael J. Atlas de Reconstrução da Parede Abdominal. 2. ed. Barueri: Guanabara Koogan, 2018. Cap. 23. p. 413-428
9. NYHUS, Lloyd M.; KLEIN, Michael S.; ROGERS, Frederick B.. Inguinal hernia. Current Problems In Surgery, [s. l], v. 28, n. 6, p. 407-450, jun. 1991. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0011-3840\(91\)90028-n](http://dx.doi.org/10.1016/0011-3840(91)90028-n).
10. ANGELESCU, N et al. A comparative study of the laparoscopic and classic treatments of inguinal hernias. Chirurgia, [s. l], v. 45, n. 5, p. 260-270, jul. 1996.
11. BIRTH, M. et al. Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal Hernioplasty: results of 1000 consecutive cases. Journal Of Laparoendoscopic Surgery, [S.L.], v. 6, n. 5, p. 293-300, out. 1996. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/lps.1996.6.293>.
12. JENKINS, John T; O'DWYER, Patrick J. Inguinal hernias. BMJ, [s. l], v. 336, n. 7638, p. 269-272, 31 jan. 2008. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39450.428275.ad>.
13. FLORINDO, André Daniel Alexandre Silva. Hérnia Inguinal - Principais Técnicas de Correção Cirúrgica. 2014. 31 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Viseu, 2014.
14. PILTCHER-DA-SILVA, Rodrigo et al. Hérnia inguinal no Sul do Brasil - desafios no seguimento e taxas de recorrência. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, [s. l], v. 49, p. 1-8, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20223238>.
15. CASTRO, Gustavo Rodrigues Alves et al. LAPAROSCOPIC INGUINAL HERNIA REPAIR: the long-term assessment of chronic pain and quality of life. Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, [s. l] v. 35, p. 1-5, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-672020220002e1695>.
16. FLÁVIO, Vinícius Nobre et al. Complicações Urológicas Da Herniorrafia Inguinal Com Uso De Tela. Revista Urominas, [s. l], v. 3, n. 8, p. 28-33, 2016.
17. ROCHA, Karinne Nancy Sena et al. Evidências sobre o tratamento cirúrgico da hérnia inguinal em crianças / Evidence on surgical treatment of inguinal hernia in children. Brazilian Journal Of Health Review, [s. l], v. 5, n. 1, p. 360-372, 11 jan. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n1-031>.
18. ASKARPOUR, Shahnam; PEYVASTEH, Mehran; SHERAFATMAND, Shaghayegh. COMPARISON BETWEEN INGUINAL HERNIOTOMIES WITH AND WITHOUT INCISING EXTERNAL OBLIQUE APONEUROSIS: a randomized clinical trial. Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, [s. l], v. 30, n. 3, p. 187-189, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6720201700030006>.
19. LI, Junsheng. Comment to: should seroma be considered a complication?. Hernia, [s. l], v. 26, n. 1, p. 379-379, 1 jun. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-021-02432-6>.
20. MATSUMOTO, Ryu et al. Strangulated Hernia Can Be a Risk Factor of Seroma following Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal Repair. Minimally Invasive Surgery, [s. l], v. 2018, p. 1-6, 26 ago. 2018. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2018/6528075>.
21. DAES, J. Endoscopic repair of large inguinoscrotal hernias: management of the distal sac to avoid seroma formation. Hernia, [s. l], v. 18, n. 1, p. 119-122, 21 dez. 2012. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-012-1030-2>.
22. MODI, Ronak R; MODI, Jatinkumar B; MODI, Harshil D. Postoperative Seroma Collection in Operated Case of TAPP Hernioplasty in Unilateral Inguinoscrotal Hernia. World Journal Of Laparoscopic Surgery With Dvd, [s. l], v. 14, n. 1, p. 23-25, 2021. Jaypee Brothers Medical Publishing. <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10033-1434>.
23. CHRISTOU, N. et al. Risk factors for surgical site infection after groin hernia repair: does the mesh or technique matter?. Hernia, [s. l], v. 26, n. 1, p. 233-242, 1 out. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-021-02512-7>.

24. LOPES, Sérgio et al. Seroma gigante pós hernioplastia incisional com tela não absorvível (polipropileno). *Arq Catarin Med.* 2, [s. l], v. 43, n. 3, p. 58-61, 2014.
25. MARTINS, Luciano Vieira et al. Análise de pacientes submetidos à herniorrafia inguinal pela técnica de Nyhus. *Arq Catarin Med*, [s. l], v. 42, n. 2, p. 44-49, 2013.
26. SIMONS, M. P. et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*, [s. l], v. 13, n. 4, p. 343-403, 28 jul. 2009. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-009-0529-7>.
27. FURTADO, Marcelo et al. SYSTEMIZATION OF LAPAROSCOPIC INGUINAL HERNIA REPAIR (TAPP) BASED ON A NEW ANATOMICAL CONCEPT: inverted y and five triangles. *Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 1-5, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-672020180001e1426>.
28. IUAMOTO, Leandro Ryuchi et al. Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) hernioplasty using two trocars: anatomical landmarks and surgical technique. *Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, [s. l], v. 28, n. 2, p. 121-123, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-67202015000200009>.
29. MEYER, Alberto. Hernioplastia Inguinal Totalmente Extra-peritoneal Videolaparoscópica (TEP) – A fronteira a ser explorada? In: AQUINO, Jose Luis Braga de et al (ed.). *Atualidades em Clínica Cirúrgica - Intergastro e Trauma*. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 501-511.
30. EMRAL, Ahmet Cihangir et al. Comparison of the results of using a self-adhesive mesh and a polypropylene mesh in open inguinal hernia repair: a prospective randomized controlled study. *Polish Journal Of Surgery*, [s. l], v. 94, n. 6, p. 46-53, 23 fev. 2022. Index Copernicus. <http://dx.doi.org/10.5604/01.3001.0015.7674>.

*** Autor correspondente:**

Dielly Chaves Moreira

Email:

diellycm@gmail.com

Eficácia da cirurgia bariátrica na Diabetes Mellitus tipo 02

Effectiveness of bariatric surgery in Diabetes Mellitus type 02

Larissa Cavalcante Amora¹; Heron Kairo Sabóia Sant'anna Lima²; Fábio Augusto Xerez Mota²; Breno Moreira Viana Mendonça Brito¹; Matthaues Rabelo da Costa¹; Antônio Glaucio de Sousa Nóbrega¹

1 – Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar - Serviço de Cirurgia

2 – Universidade de Fortaleza

Artigo submetido em: 14/11/2022

Artigo aceito em: 17/04/2023

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A obesidade, principalmente a mórbida – IMC maior ou igual a 40 kg/m² - tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Uma das opções de tratamento da obesidade e para DM2 é a cirurgia bariátrica. Este é um estudo transversal, analítico e retrospectivo com base em prontuários de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital secundário de Fortaleza, Ceará, no período de novembro de 2018 a fevereiro de 2021, avaliando o perfil glicêmico pré e pós-operatório. Em nosso estudo, após os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 18 pacientes. Todos os pacientes apresentaram perda de peso significativa no pós-operatório no período de avaliação, com melhora do IMC, geralmente, tendo mudança da classificação. Apenas um paciente não alterou classificação IMC, mantendo-se ainda obeso mórbido e com perda de peso sutil. De modo geral, no momento anterior à terapia cirúrgica, quinze indivíduos faziam uso de alguma terapia hipoglicemiante, desses, dois usavam insulina e hipoglicemiantes orais. No seguimento, dezesseis pacientes não faziam uso de nenhuma medicação para controle glicêmico e 02 mantiveram uso de hipoglicemiantes orais, desses, um paciente era insulino-dependente. Foi observado diferença significativa entre o uso de medicações pré e pós-operatória, com $p < 0,001$.

Palavras-chave: cirurgia bariátrica; diabetes mellitus; controle glicêmico.

ABSTRACT

Obesity, especially morbid obesity - BMI greater than or equal to 40 kg/m² - has been identified as one of the main risk factors for the development of Type 2 Diabetes Mellitus (DM2). One of the treatment options for obesity and for DM2 is bariatric surgery. This is a cross-sectional, analytical and retrospective study based on medical records of patients undergoing bariatric surgery in a secondary hospital in Fortaleza, Ceará, from November 2018 to February 2021, evaluating the pre- and postoperative glycemic profile. In our study, after the inclusion and exclusion criteria, 18 patients were selected. All patients had significant postoperative weight loss during the evaluation period, with improved BMI, usually with a change in classification. Only one patient did not change the BMI classification, remaining morbidly obese and with low weight loss. In general, at the time before the surgical therapy, fifteen individuals were using some hypoglycemic therapy, of these, two were using insulin and oral hypoglycemic agents. In the follow-up, sixteen patients did not use any medication for glycemic control and 02 continued to use oral hypoglycemic agents, of which one patient was insulin dependent. A highly significant difference was observed between the use of pre- and postoperative medications, with $p < 0.001$.

Keywords: bariatric surgery; diabetes mellitus; glycemic control.



INTRODUÇÃO

A obesidade, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como acúmulo anormal ou excessivo de tecido adiposo que elevam o Índice de Massa Corporal (IMC). Uma relação peso e altura, calculado com a divisão peso em quilos sobre altura em metros quadrados, usando valores acima de 30 kg/m² como referência.¹

Em consequência do desequilíbrio energético, o excedente calórico acumulado nas células adiposas que sofrem hipertrofia ou hiperplasia leva ao aumento do depósito de gordura corporal.² Esta condição pode ser influenciada direta ou indiretamente por diversas causas, como genéticas, metabólicas, endócrinas, comportamentais e socioeconômicas.³

Em 2018, a obesidade no Brasil chegou a acometer cerca de 20% da população.⁴

No cenário mundial, a prevalência de obesidade aumentou dramaticamente desde a década de 1970, favorecendo o desenvolvimento de diversas patologias, como acidentes cardiovasculares, dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensão arterial e lesões osteomusculares.^{3,5,6}

Ainda nesse contexto, um estudo conduzido por Finkelstein et al. (2012) que estima que nos Estados Unidos da América, haverá aumento de 33% de obesidade e de 130% na obesidade com IMC > 40 kg/m².

Se essas previsões comprovarem-se, dificultará ainda mais os esforços para a contenção dos custos de saúde.⁵ Dessa forma, esta condição continua sendo um dos maiores e mais visíveis, porém mais negligenciados, problemas de saúde pública em todo o mundo.²

A obesidade, principalmente a mórbida – IMC maior ou igual a 40 kg/m² - tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Estima-se que entre 80 e 90% dos indivíduos com hiperglicemia são obesos. Além das disglucemias, o indivíduo com excesso de tecido adiposo possui uma resistência periférica à insulina, ocasionando hiperinsulinemia.

A literatura médica evidenciou que mais da metade dos pacientes obesos possuem associação com a síndrome metabólica, fator que aumenta a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em cerca de 2,5 vezes em relação a um indivíduo não obeso.⁷

Uma das opções de tratamento da obesidade para DM2 é a cirurgia bariátrica, sendo ela indicada,

no Brasil, em pacientes com IMC \geq 40 kg/m² ou IMC \geq 35 kg/m² associado a comorbidades.⁸

Em 2011, a International Federation of Diabetes (IFD) realizou a introdução da cirurgia metabólica nos algoritmos de tratamento de diabetes mellitus tipo 2 como opção para pacientes com IMC entre 30 kg/m² e 35 kg/m² desde que a doença não tenha controle apesar de tratamento medicamentoso otimizado e associada a fatores de risco para doença cardiovascular.⁹

É necessário um tempo mínimo de 5 anos de evolução da obesidade e falha na resolução do caso por meio de um tratamento não cirúrgico por um período mínimo de dois anos. Ainda acerca dos critérios, o paciente necessita de uma avaliação psicológica favorável, para o seguimento pós-operatório e uma avaliação detalhada de toda a equipe multidisciplinar.^{3,6,10}

O procedimento cirúrgico para pacientes com doenças graves (pneumopatias, insuficiência renal, cardiopatias, cirrose hepática, neoplasias e doença ulcerosa péptica) e gravidez, costumam ser indicados de forma individualizada, em conjunto com a equipe multidisciplinar, avaliando risco e benefício.¹¹

Diversos procedimentos foram propostos ao decorrer da história da cirurgia bariátrica, podendo ser técnicas restritivas, disabsortivas e mistas. Atualmente, as técnicas mais realizadas são a gastrectomia vertical (GV) e o Bypass Gástrico em Y-de-Roux (BGRY)^{3,10,11}

Em termos gerais, a cirurgia bariátrica contribui para o tratamento de diversas comorbidades associadas, como melhora dos índices glicêmicos, redução da pressão arterial, menor risco de eventos cardiovasculares, menor impacto no sistema osteomuscular e melhora da qualidade de vida do paciente. Por mecanismos multifatoriais, a diabetes mellitus sofre influência direta da cirurgia bariátrica, tendo muitas vezes remissão após o procedimento.^{7,11}

Dentro deste contexto, o objetivo deste estudo é comparar os níveis glicêmicos e o peso dos pacientes antes da cirurgia e após o procedimento cirúrgico em um hospital secundário da rede de saúde pública do Ceará, utilizando as duas técnicas cirúrgicas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, analítico e retrospectivo de prontuários de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em um hospital secundário de Fortaleza, Ceará, no período de novembro de

2018 a fevereiro de 2021. Nesse estudo, foram utilizados os seguintes dados: glicemias em jejum e hemoglobina glicada pré e pós-operatórias e peso pré e pós-operatórios em um intervalo de 06 a 14 meses após o procedimento cirúrgico. Esse intervalo foi estabelecido devido ao tempo de parada de atendimentos ambulatoriais devido à pandemia do SARS COV 2.

No estudo foram incluídos todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica de Bypass Gástrico em Y-de-Roux ou Gastrectomia Vertical que apresentavam disglycemias pré-operatórias. Como critério de exclusão, foram retirados os prontuários dos indivíduos submetidos aos procedimentos, mas que: (1) não apresentavam alterações glicêmicas no período pré-operatório; (2) perderam o seguimento ambulatorial pós-operatório; (3) mantiveram acompanhamento ambulatorial, porém sem registro da dosagem de glicemia em jejum ou hemoglobina glicada no pós-operatório; e (4) não completaram os 6 meses mínimos pós operatório⁵.

Os resultados obtidos foram organizados na plataforma Excel e, após análise dos dados, foi realizado um cruzamento de variáveis e uma discussão acerca da relação entre os níveis glicêmicos e a perda de peso dos pacientes pós bariátrica. As análises estatísticas foram feitas com o auxílio do programa IBM SPSS Statistics (versão 23). As normalidades das amostras foram estudadas pelo teste de Shapiro Wilk e avaliadas conforme resultados, aplicando testes T - student pareada para avaliação de hemoglobina glicada e IMC pré e pós operatória, assim como Wilcoxon para glicemia pré e pós. Usado também Teste de McNemar para avaliar o uso de medicações pré e pós-procedimento.

O sigilo e a privacidade dos indivíduos envolvidos foram preservados, garantindo-se o anonimato quanto às informações confidenciais utilizadas para a pesquisa, sendo submetido ao comitê de ética.

RESULTADOS

Durante o período selecionado, oitenta e um pacientes foram submetidos à cirurgia bariátrica no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, com a mesma equipe. Do total de pacientes, vinte e dois (27,1%) apresentaram alterações glicêmicas na primeira avaliação médica, possuindo diagnóstico

de DM2. Destes, quatro (4,9%) indivíduos obesos e diabéticos que realizaram cirurgia metabólica perderam o seguimento ambulatorial, sendo, portanto, excluídos do estudo.

Restando amostra de 18 (100%) pacientes obesos, diabéticos e com seguimento ambulatorial adequado, sendo 13 (72%) do sexo feminino e 5 (28%) masculino.

Dessa amostra, todos os pacientes apresentaram perda de peso no pós-operatório no período de avaliação, com melhora do IMC, geralmente, com mudança da classificação. Apenas um paciente não alterou classificação IMC, mantendo-se ainda obeso mórbido e com perda peso sutil. Foi observado diferença altamente significativa entre o IMC pré e pós-operatório ($43,03 + 4,23$; $29,63 + 4,82$; $p < 0,001$).

A hemoglobina glicada pré-operatória dos pacientes avaliados, dez apresentaram valores acima de 6,4%. Após intervenção cirúrgica, único paciente ficou com dosagem maior que 6,4% e 55,6% da amostra tiveram dosagens com valores abaixo de 5,7%. Foi observado diferença altamente significativa entre a hemoglobina glicada pré e pós-operatório ($7,56 + 1,93$; $5,65 + 0,52$; $p < 0,001$).

No pré-operatório, a glicemia variou de 89,6 a 351 mg/dL, houve mudança no pós-operatório, os valores ficaram entre 79 e 171 mg/d, notando-se melhora dos valores de glicemia, sendo inferiores a 125 mg/dL em 94,4%. Foi observado diferença altamente significativa $p < 0,001$.

Foi possível identificar 3 pacientes que não atingiram a homeostase glicêmica, mantendo níveis de glicemia semelhantes ao pré-operatório, sem uso de hipoglicemiantes, necessitando de avaliação para definir novas estratégias, seja nutricional ou retorno de hipoglicemiantes.

De modo geral, no momento anterior à terapia cirúrgica, quinze indivíduos faziam uso de alguma terapia hipoglicemiante, desses, dois usavam insulina e hipoglicemiantes orais. No seguimento, dezesseis pacientes não faziam uso de nenhuma medicação para controle glicêmico e 2 mantiveram uso de hipoglicemiantes orais, desses, um paciente era insulino dependente. Foi observado diferença altamente significativa entre o uso de medicações pré e pós-operatória, com $p < 0,001$.

Quadro 1 - Caracterização da amostra pré-operatória	
IMC	
Abaixo de 40kg/m ²	4 (22%)
Entre 40kg/m ² e 50kg/m ²	13 (72,5%)
Acima de 50kg/m ²	1 (5,5%)
Glicemia	
Glicemia menor que 100mg/dL	4 (22%)
Glicemia entre 100 e 125mg/dL	4 (22%)
Glicemia acima de 125mg/dL	10 (56%)
Hemoglobina Glicada	
Abaixo de 5,7%	1 (5,6%)
Entre 5,5% e 6,4%	6 (33,3%)
Acima de 6,4%	10 (55,5%)
Não aferido	1 (5,6%)
Medicação	
Uso de medicações por via oral	13 (72,5%)
Uso de Insulina subcutânea isolada	0
Uso de Insulina subcutânea associada a medicações por via oral	2 (11%)
Nenhuma medicação antidiabética	3 (16,5%)
Fonte: a autora (2022)	

Quadro 2 - Caracterização da amostra pós-operatória	
IMC	
Abaixo de 40kg/m ²	17 (94,5%)
Entre 40kg/m ² e 50kg/m ²	1 (5,5%)
Acima de 50kg/m ²	0
Glicemia	
Glicemia menor que 100mg/dL	13 (72,2%)
Glicemia entre 100 e 125mg/dL	4 (22,2%)
Glicemia acima de 125mg/dL	1 (5,6%)
Hemoglobina Glicada	
Abaixo de 5,7%	10 (55,6%)
Entre 5,5% e 6,4%	7 (38,8%)
Acima de 6,4%	1 (5,6%)
Medicação	
Uso de medicações por via oral	2 (11,1%)
Uso de Insulina subcutânea isolada	0
Uso de Insulina subcutânea associada a medicações por via oral	0
Nenhuma medicação antidiabética	16 (88,9%)
Fonte: a autora (2022)	

No Quadro 3 destacamos as maiores e as menores variações de IMC e hemoglobina glicada, dentro do período de avaliação do estudo.

Quadro 3 - Maiores e menores variações entre o pré e o pós-operatório em um mesmo pacientes	
Maior variação do IMC – 19,94 kg/m ²	
Pré-operatório	47,0kg/m ²
Pós-operatório	27,1kg/m ²
Menor variação de IMC – 2,5kg/m ²	
Pré-operatório	43,1
Pós-operatório	40,7
Maior variação hemoglobina glicada – 6,1%	
Pré-operatório	11,3%
Pós-operatório	5,2%
Menor variação hemoglobina glicada – 0,17%	
Pré-operatório	6,07%
Pós-operatório	5,9%
Fonte: a autora (2022)	

Levando em consideração a abordagem cirúrgica, nove (50%) pacientes foram submetidos a BGYR e 9 (50%) pacientes a GV. Em nosso estudo, a eficácia do BGYR foi discretamente superior à GV, observando que os pacientes submetidos a aquela tiveram melhora no perfil glicêmico em 100% dos casos e aqueles que foram submetidos a Gastrectomia Vertical, em 77,8% dos pacientes não tiveram redução de valores glicêmicos, sendo necessário uma nova avaliação multiprofissional e coleta de exames, para checar se resultados esperados apareceram no período posterior ao estudo clínico.

DISCUSSÃO

O manejo da obesidade envolve abordagens cirúrgicas e não cirúrgicas. As abordagens não cirúrgicas convencionais incluem um planejamento dietético individualizado, terapia farmacológica e mudanças no estilo de vida.^{12,13} Apesar de essa abordagem ser bastante utilizada, elas possuem eficácia limitada no tratamento da obesidade mórbida (IMC ≥ 40 kg/m²), quando analisadas em longo período de tempo (≥ 5 anos). Vários pacientes não respondem aos manejos clínicos e o tratamento cirúrgico passa a ser uma opção.^{14,15,16} Nesse perfil de pacientes, a cirurgia bariátrica é considerada um tratamento eficaz¹⁶.

Em uma revisão sistemática da literatura realizada por Sheng et al. (2017), foram encontradas evidências consistentes acerca da superioridade da

cirurgia bariátrica em relação aos tratamentos não cirúrgicos quanto o foco era a remissão da diabetes. Além disso, também foi encontrada redução no risco micro e macrovascular e diminuição na mortalidade entre pacientes diabéticos tipo 2 que tiveram suas cirurgias há mais de 5 anos.¹⁷

Utilizando o Brasil como referencial, a frequência de adultos obesos foi de 19,8%, sendo ligeiramente maior entre as mulheres (20,7%) do que entre os homens (18,7%).⁴ Conforme a literatura, o maior domínio da população feminina com obesidade coincide com os nossos dados coletados, no qual houve prevalência do sexo feminino (72,5%).¹⁸

Até recentemente, o Bypass Gástrico em Y-de-Roux (BGRY) era considerado o procedimento cirúrgico padrão-ouro para tratamento da obesidade, consequentemente DM2. Entretanto, a Gastrectomia Vertical (GV) tem sido realizada com cada vez mais frequência.^{16,19}

Cinquenta por cento dos indivíduos foram submetidos a GV e os demais BGRY, notando resultados discretamente melhores nos pacientes submetidos ao BGRY.

A perda de peso e as alterações glicêmicas nas cirurgias bariátricas eram tradicionalmente atribuídas à redução da ingesta calórica e/ou má absorção dos nutrientes ingeridos, porém, recentemente estudos têm encontrado que mudanças na fisiologia do balanço energético também são fatores fundamentais. Além disso, alterações na atividade hormonal e de neurotransmissores que afetam o apetite, saciedade e metabolismo da glicose também estão presentes nos procedimentos cirúrgicos bariátricos, tornando esses procedimentos ainda mais completos no combate à obesidade e DM2.^{20,21,22}

O BGRY corresponde a aproximadamente 40% dos procedimentos cirúrgicos bariátricos, sendo considerado o mais frequente na América Latina, incluindo a América do Sul.^{19,23} O procedimento é uma cirurgia que consiste na criação de uma pequena bolsa gástrica (15–30 mL) na região da curvatura menor, confeccionando restrição, levando à saciedade precoce com consequente diminuição das porções das refeições.

Em seguida a bolsa gástrica é anastomosada ao jejuno com o objetivo de possibilitar o rápido trânsito do alimento ingerido para essa porção do intestino delgado, ficando assim isolada do remanescente gástrico²⁴, reconstruindo o trânsito, formando assim uma alça alimentar (AA) unida a alça biliopancreática (ABP).

A grelina é um hormônio produzido no fundo gástrico, sendo este peptídeo um hormônio entérico conhecido com efeito estimulante sobre o apetite.^{23,24} Conforme descrito por Miras e Le Roux (2013) e Boza et al. (2010), a perda de peso proporcionada pela exclusão de parte do segmento estômago duodeno-jejunal é responsável pela diminuição dos picos pós-prandiais e noturnos de grelina, reduzindo o apetite. Miras e Le Roux (2013) propõem que essa supressão hormonal ocorre pela exclusão do fundo do estômago. Os nutrientes obtidos por meio da dieta saem do estômago diretamente no jejuno (alça de Roux), desviando (ou do inglês bypassing) do duodeno e jejuno proximal.^{23,24} O “glucagon-like peptide-1” (GLP-1) é produzido na parte mais distal do íleo mediante o estímulo ocasionado pela presença de alimento nesta região, tendo ação direta sobre o pâncreas estimulando a secreção de insulina. O GLP-1 pode, também, inibir o esvaziamento gástrico, culminando em saciedade e consequentemente, diminuir a ingestão de alimentos.^{22,21,13}

O peptídeo YY (PYY) é liberado primariamente no trato gastrointestinal distalmente pelas células L, sendo estimulador do receptor Y2 no hipotálamo, e este, por sua vez, inibe a liberação do neuropeptídeo Y, que é o mais potente estimulador do apetite no sistema nervoso central. Borg et al. (2006) notaram a elevação das concentrações de PYY em pacientes submetidos à gastroplastia em Y de Roux, confirmando que as alterações nas concentrações circulantes desse hormônio gastrointestinal, após esse tipo de cirurgia, influenciam o apetite. O que é visto nesse perfil de pacientes é uma diminuição da fome e aumento da saciedade após a cirurgia.^{20,25}

A GV é um procedimento mais simples do ponto de vista técnico, sendo mais rápido, mais seguro e tem sido aceito a nível mundial.

No procedimento cirúrgico é retirado cerca de 80% do estômago, permanecendo um reservatório com formato de tubo vertical. A ressecção da grande curvatura resulta na remoção da maior parte da mucosa endócrina do órgão, fato este que proporciona alterações na sinalização neuro-humoral semelhante às observadas após o BGRY. Além disso, essas alterações também proporcionam um esvaziamento gástrico acelerado e uma precoce exposição alimentar à mucosa intestinal.^{21, 22, 26}

Em nosso estudo, todos os pacientes preenchem os critérios para realização do tratamento cirúrgico. No pré-operatório, 78% dos pacientes apresentavam obesidade grau III e obesidade mórbida. Após a intervenção cirúrgica e acompanhamento multiprofissional, dezessete (94,5%) pacientes apresentaram IMC abaixo de 40 kg/m², sendo 8 (44,4%) com sobrepeso apresentando resultados semelhantes ao encontrado na literatura.

Estudo realizado por Barros et al. (2015), avaliou 92 pacientes operados com a técnica BGYR, após, no mínimo, três meses de intervenção. A perda de peso foi satisfatória: antes da cirurgia, 7,6% dos pacientes tinham obesidade grau II e 92,4% obesidade grau III; após a cirurgia, os valores mudaram para 37% com sobrepeso, 35,9% com obesidade e 5,4% já apresentavam IMC normal.²⁷

Em linhas gerais, houve melhora dos valores de glicemia ou de hemoglobina glicada em 15 pacientes. No pré-operatório, dez pacientes apresentaram valores hemoglobina glicada acima de 6,4%. Após intervenção cirúrgica, apenas um paciente ficou com dosagem maior que 6,4% e 55,6% da amostra tiveram dosagens abaixo de 5,7%. Observando a glicemia, nota-se melhora dos valores de glicemia, sendo inferiores a 125 mg/dL em 94,4%. Com a melhora do perfil glicêmico laboratorial no pós-operatório, o uso de antidiabéticos foi reduzido, 16 dos 18 pacientes não faziam uso de nenhuma medicação para controle glicêmico.

Ribaric, Buchwald e Mcglennon (2014) realizaram uma revisão sistemática com meta-análise de estudos que acompanharam pacientes por até 24 meses. Nesse estudo, a taxa de remissão de diabetes tipo 2 variou de 9,8 a 15,8 vezes maior nos grupos cirúrgicos quando comparado com as terapias não cirúrgicas.²⁸

Na década de 90 Hall e colaboradores mostraram por meio de seu ensaio clínico randomizado uma melhora do DM2 em 6 dos 8 pacientes estudados. Uma metanálise realizada por Buchwald et al. (2004) mostram que as manifestações clínicas e laboratoriais em portadores de diabéticos do tipo 02 foram resolvidas ou melhoradas na grande maioria dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.¹⁴

Fatores intrínsecos do paciente que favorecem a remissão da diabetes após cirurgia bariátrica incluem idade mais jovem, diabetes com desenvol-

vimento recente e satisfatório funcionamento das células beta. Apesar disso, independente das características do paciente, a perda de peso após o procedimento cirúrgico tem sido apontada como um mecanismo importante no controle da diabetes.^{17,29}

CONCLUSÕES

Com base no que foi apresentado, podemos concluir que a cirurgia bariátrica é um procedimento eficaz na perda de peso e controle glicêmico. Nosso estudo em questão foi capaz de alcançar resultados semelhantes aos descritos na literatura médica, reforçando o papel desses procedimentos no tratamento da obesidade e da diabetes mellitus tipo 2.

REFERÊNCIAS

1. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Body mass index classification - report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1995.
2. Nóbrega AGS et al. Cirurgia Bariátrica e Deficiências Nutricionais: Prevenir e Tratar. Revista Científica Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, v. 1, n. 1, p. 28-34, 2019.
3. Ribas F, Durval et al. Avaliação de níveis lipêmicos e glicêmicos pré e pós cirurgia bariátrica. Revista Brasileira de Clínica Medica, v. 7, p. 205-210, 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL): estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
5. Finkelstein E A. et al. Obesity and severe obesity forecasts through 2030. American Journal of Preventive Medicine, v. 42, n. 6, p. 563-570, 2012.
6. Carvalho PS et al. Cirurgia bariátrica cura síndrome metabólica? Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 51, p. 79-85, 2007.
7. Freitas APD et al. Perfil glicêmico e lipídico de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. RBO-NE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 14, n. 87, p. 671-679, 2020.

8. Duncan B B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: endocrinologia e nefrologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
10. Lemos M C M, Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 10, n. 3, 2006.
11. Lee, W-J et al. Effects of obesity surgery on the metabolic syndrome. Archives of Surgery, v. 139, n. 10, p. 1088-1092, 2004.
12. AACE, T. A. Bariatric surgery guidelines. Surgery for Obesity and Related Diseases, v. 5, n. 4, p. 109-184, 2008.
13. Boza C et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass versus laparoscopic adjustable gastric banding: five years of follow-up. Surgery for Obesity and Related Diseases, v. 6, n. 5, p. 470-475, 2010.
14. Buchwald H et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta analysis. Jama, v. 292, n. 14, p. 1724-1737, 2004.
15. Golzarand M, Toolabi K, Farid R. The bariatric surgery and weight losing: a meta-analysis in the long-and very long-term effects of laparoscopic adjustable gastric banding, laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass and laparoscopic sleeve gastrectomy on weight loss in adults. Surgical Endoscopy, v. 31, n. 11, p. 4331-4345, 2017.
16. Peterli, Ralph et al. Effect of laparoscopic sleeve gastrectomy vs laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass on weight loss in patients with morbid obesity: the SM BOSS randomized clinical trial. Jama, v. 319, n. 3, p. 255-265, 2018.
17. Sheng B et al. The long-term effects of bariatric surgery on type 2 diabetes remission, microvascular and macrovascular complications, and mortality: a systematic review and meta-analysis. Obesity Surgery, v. 27, n. 10, p. 2724-2732, 2017.
18. Prevedello C F et al. Análise do impacto da cirurgia bariátrica em uma população do centro do estado do Rio Grande do Sul utilizando o método BAROS. Arquivos de Gastroenterologia, v. 46, n. 3, p. 199-203, 2009.
19. Angrisani L et al. Bariatric surgery and endoluminal procedures: IFSO worldwide survey 2014. Obesity Surgery, v. 27, n. 9, p. 2279-2289, 2017.
20. Le Roux, C W et al. Gut hormone profiles following bariatric surgery favor an anorectic state, facilitate weight loss, and improve metabolic parameters. Annals of Surgery, v. 243, n. 1, p. 108, 2006.
21. Le Roux, C W, Bueter M. The physiology of altered eating behaviour after Roux-en-Y gastric bypass. Experimental Physiology, v. 99, n. 9, p. 1128-1132, 2014.
22. Miras AD, Le Roux C W. Mechanisms underlying weight loss after bariatric surgery. Nature reviews Gastroenterology & Hepatology, v. 10, n. 10, p. 575-584, 2013.
23. Pareek M et al. Metabolic surgery: weight loss, diabetes, and beyond. Journal of the American College of Cardiology, v. 71, n. 6, p. 670-687, 2018.
24. Hanipah ZN, Schauer PR. Surgical treatment of obesity and diabetes. Gastrointestinal Endoscopy Clinics, v. 27, n. 2, p. 191-211, 2017.
25. Borg CM et al. Progressive rise in gut hormone levels after Roux-en-Y gastric bypass suggests gut adaptation and explains altered satiety. Journal of British Surgery, v. 93, n. 2, p. 210-215, 2006.
26. Flancbaum L et al. Changes in measured resting energy expenditure after Roux-en-Y gastric bypass for clinically severe obesity. Surgery, v. 122, n. 5, p. 943- 949, 1997.
27. Barros LM et al. Assessment of bariatric surgery results. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, n. 1, p. 21-27, 2015.
28. Ribaric G, Buchwald JN, Mcglennon T W. Diabetes and weight in comparative studies of bariatric surgery vs conventional medical therapy: a systematic review and meta-analysis. Obesity Surgery, v. 24, n. 3, p. 437-455, 2014.
29. Wang, Guo-Feng et al. Predictive factors of type 2 diabetes mellitus remission following bariatric surgery: a meta-analysis. Obesity Surgery, v. 25, n. 2, p. 199-208, 2015.

*** Autor correspondente:**

Larissa Cavalcante Amora

Email:

larissacavalcanteamora@gmail.com

Tratamento farmacológico para obesidade no Brasil: drogas disponíveis, eficácia e custos associados

Pharmacological treatment for obesity in Brazil: available drugs, efficacy, and associated costs

Orivaldo Alves Barbosa¹; Brendah Lee de Melo Oliveira²; Talita Guimarães Andrade³; Thais Guimarães Andrade⁴

1 – Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

2 – Médica - Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

3 – Residente de Clínica Médica - Hospital Geral Dr. Cesar Cals

4 – Interna do serviço de clínica médica - Hospital Geral Dr. Cesar Cals

Artigo submetido em: Não consta

Artigo aceito em: Não consta

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A obesidade é uma condição médica crônica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, o que pode levar a problemas de saúde como diabetes tipo 2, doenças cardíacas e outras condições crônicas. Existem diversas opções de tratamento farmacológico para a obesidade, no entanto, essas opções são subutilizadas pelos médicos que tratam pacientes obesos. Este artigo faz um panorama dos medicamentos disponíveis, custos e eficácia com base em estudos clínicos.

Palavras-chave: obesidade, diabetes, manejo da obesidade, tratamento medicamentoso.

ABSTRACT

Obesity is a chronic medical condition that affects millions of people worldwide. It is characterized by excessive accumulation of body fat, which can lead to a range of health problems, including type 2 diabetes, heart disease, and other chronic conditions. The current medical literature provides an extensive arsenal of clinical therapeutic options for the pharmacological treatment of obesity, which unfortunately is underutilized by most physicians treating obese patients in various settings. In this article, we provide an overview of available drugs, their costs, and efficacy in major clinical studies.

Keywords: obesity, diabetes, obesity management, drug treatment.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição médica crônica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Ela é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, o que pode levar a uma série de problemas de saúde, incluindo diabetes mellitus tipo 2 (DM2), doenças cardíacas e outras condições crônicas(1). Embora a dieta e o exercício sejam as principais estratégias de tratamento para a obesidade, a medicação também pode ser usada para ajudar no controle do peso. Neste artigo, discutiremos o tratamento farmacológico da obesidade.

O excesso de peso é um problema crescente no Brasil, afetando pessoas de todas as idades, gêneros e classes socioeconômicas. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, realizada pelo IBGE, 20,3% da população brasileira adulta (18 anos ou mais) é considerada obesa. Isso representa um aumento em relação aos dados de 2013, quando a taxa de obesidade era de 17,5%. Além disso, a PNS também mostrou que a obesidade é mais comum entre as mulheres (23,9%) do que entre os homens (16,2%), e que a prevalência de obesidade aumenta com a idade. Entre as pessoas com 60 anos ou mais, a taxa de obesidade chega a 30,1%(2, 3).

Diversas anormalidades estruturais e fisiológicas são causadas pela obesidade, como estase venosa, esteatose hepática, resistência à insulina, inflamação, entre outras(1). Além disso, essa condição pode levar a disfunções, como doença do refluxo gastroesofágico, incontinência urinária, osteoartrite e incapacidade funcional. A obesidade também é um fator de risco para mais de 200 outras doenças crônicas, o que a torna uma condição preocupante em termos de morbidade e mortalidade(1).

No entanto, existem opções terapêuticas disponíveis para ajudar os pacientes a alcançar um peso saudável e melhorar sua saúde. A terapia medicamentosa pode ser uma opção eficaz, ajudando os pacientes a aderir às mudanças no estilo de vida e a superar alguns dos obstáculos do organismo que dificultam a perda de peso. Normalmente, a monoterapia pode levar a uma perda de peso de 3% a 8% do peso corporal total desde o início, e a terapia combinada pode resultar em perda ainda maior(4).

O tratamento medicamentoso da obesidade está indicado, segundo a ABESO (Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica), quando: Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30 kg/m²; IMC maior ou igual a 25 kg/m na presença de comorbidades; falha em perder peso com o tratamento não farmacológico(5).

Nesse contexto, alguns medicamentos antiobesidade podem oferecer benefícios adicionais à saúde, como a diminuição da pressão arterial, dos níveis prejudiciais de lipídios, da circunferência da cintura abdominal, da resistência à insulina, da doença hepática gordurosa não alcoólica, do risco de eventos cardiovasculares importantes e da progressão da doença renal diabética (6). Portanto, é importante considerar o tratamento medicamentoso como uma opção viável para ajudar a combater a obesidade e seus efeitos negativos na saúde.

OBJETIVO

Este artigo tem como objetivo revisar as opções de tratamento farmacológico disponíveis para a obesidade.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, CochranLibrary, e bases catalográficas de entidades públicas, utilizando os termos “tratamento farmacológico”, “obesidade”, “perda de peso” e “medicamentos para perda de peso”. Foram selecionados estudos randomizados, controlados por placebo, ensaios clínicos, revisões sistemáticas, resoluções normativas, publicados nos últimos cinco anos.

RESULTADOS

A- Medicamentos On-label para obesidade

Existem, atualmente, os seguintes medicamentos aprovados para tratamento da obesidade no Brasil: sibutramina, orlistate, liraglutida, semaglutida, além da combinação bupropiona/naltrexona (5,7,8).

Os medicamentos aprovados perpassam os inibidores da absorção de gordura, inibidores da fome e moduladores da saciedade. Os inibidores

da absorção de gordura, como o orlistat, bloqueiam a absorção de gordura no intestino delgado, resultando em uma redução na ingestão calórica(9). Os inibidores da fome, como a sibutramina(9), agem no sistema nervoso central, aumentando a sensação de saciedade e reduzindo o apetite (10). Os moduladores da saciedade, como a liraglutida, agem no sistema gastrointestinal, aumentando a sensação de saciedade e reduzindo a ingestão de alimentos(11). Alguns medicamentos, como a combinação naltrexona/bupropiona, combinam diferentes mecanismos de ação para produzir maior perda de peso (12).

Tais medicamentos são, assim, classificados:

1. Inibidores da absorção de gordura: bloqueiam a absorção de gordura no intestino delgado, reduzindo a ingestão calórica (9). O orlistat é o único medicamento aprovado para esse fim. O orlistat atua inibindo a atividade da lipase pancreática, uma enzima que quebra a gordura alimentar em ácidos graxos e glicerol (9). Com a redução da atividade da lipase pancreática, menos gordura é absorvida pelo corpo, o que leva a uma redução na ingestão calórica e à perda de peso. O orlistat pode causar efeitos colaterais gastrointestinais, como flatulência, diarreia e dor abdominal (9).

2. Inibidores da fome: agem no sistema nervoso central, aumentando a sensação de saciedade e reduzindo o apetite. A sibutramina é um medicamento que contempla estas características (10). Ele age no cérebro, inibindo a recaptção de neurotransmissores como a serotonina, dopamina e noradrenalina, aumentando a sensação de saciedade e reduzindo o apetite (10).

3. Moduladores da saciedade: agem no sistema gastrointestinal, aumentando a sensação de saciedade e reduzindo a ingestão de alimentos(11). A liraglutida e a semaglutida são exemplos de moduladores da saciedade. O liraglutida é um análogo do GLP-1 (peptídeo semelhante ao glucagon-1) que estimula a liberação de insulina e reduz a liberação de glucagon, reduzindo a glicose no sangue. Além disso, a liraglutida retarda o esvaziamento gástrico, reduzindo a ingestão de alimentos. (11). A liraglutida pode causar efeitos colaterais, como náusea, diarreia e dor abdominal. No Brasil, a semaglutida está disponível nas dosagens de 0,5 mg e 1,0 mg em canetas de aplicação subcutânea, sendo 2,4 mg/semana a dose alvo desta medicação. Já a liraglutida está

disponível nas dosagens de 0,6 mg, 1,2 mg, 1,8 mg e 3,0 mg em canetas de aplicação subcutânea, com dose alvo de 3,0 mg/dia (5,11).

4. Combinações de medicamentos: a bupropiona/naltrexona é um exemplo. A bupropiona age inibindo a recaptção da dopamina (usado na depressão e cessação do tabagismo), e a naltrexona (usada na dependência de álcool e opioides) atua como antagonista dos receptores opioides (12). A combinação atua em áreas de dopamina do mesencéfalo para reduzir a ingestão de alimentos. A dose inicial é de um comprimido (8 mg de naltrexona e 90 mg de bupropiona) por dia. Após uma semana, a dose é aumentada para um comprimido duas vezes ao dia, com ajuste em pacientes com insuficiência renal ou hepática (12).

B - Uso off-label de medicamentos:

Algumas medicações, aprovadas para outras indicações, são usadas de maneira off-label para tratar obesidade. O Conselho Federal de Medicina avalia que o uso de medicamentos sem indicação formal em bula é ético, quando houver evidência de potencial benefício para o tratamento da doença, e quando a terapia padrão for inadequada (Consulta CREMESP 55.838/08). Assim, medicamentos off-label para obesidade poderiam ser usados sob responsabilidade do prescritor, após tentar usar medicamentos aprovados, sendo informado ao paciente de que aquele medicamento não é aprovado pela agência reguladora para essa indicação, e devendo ser documentado em prontuário médico do paciente sobre a natureza off-label da prescrição(5).

Os medicamentos com evidências científicas de potencial benefício para este fim são: topiramato, dimesilato de lisdexanfetamina(5).

1. Topiramato: anticonvulsivante, usado primariamente para tratar epilepsia e enxaqueca, sendo adjuvante no manejo da obesidade. No Brasil é usado isoladamente, diferentemente de outros países, como Estados Unidos da América, em que se usa associado à Fentermina, que potencializa a ação do topiramato(13). O topiramato tem ação em neurotransmissores no sistema nervoso central, podendo diminuir o apetite e aumentar a sensação de saciedade através de vários mecanismos, incluindo efeitos sobre receptores GABA (ácido gama-amino-

butírico), receptores excitatórios de glutamato ou anidrase carbônica(13). O efeito do topiramato é dose dependente, sendo maior a perda de peso conforme a dose, porém com o aumento da dose acarretando maior incidência de efeitos adversos (parestesias, sonolência, alterações no humor e dificuldade com memória, concentração e atenção). A dose vai de 25 a 100 mg/dia, com acréscimo de 25 mg a cada 15 dias, devendo-se manter a dose em que não houve intolerância aos efeitos colaterais(5,13).

2. Lisdexanfetamina: pró-fármaco de dextro-anfetamina, que inibe a recaptção de dopamina e norepinefrina e promove a liberação de neurotransmissores de monaminas(14). Aprovada, no Brasil, para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), além do manejo de transtorno de compulsão alimentar periódica moderada a severa, em que existem episódios recorrentes de consumo de grande quantidade de alimento, com a sensação de perda de controle(14). A medicação é indicada como adjuvante no manejo do peso, já que acarreta diminuição dos episódios de compulsão alimentar (patologia prevalente dentre muitos obesos), com a dose podendo variar entre 30 a 70 mg/dia(15).

C - Outros

1. Antidepressivos: inibidores da recaptção de serotonina (fluoxetina, sertralina) podem inibir o apetite, e acarretar perda de peso, embora não haja indicação formal no tratamento de obesidade (16). O efeito da fluoxetina na perda de peso é transitório, notado principalmente nos seis primeiros meses de uso, havendo, em seguida, recuperação do peso perdido, não sendo, assim, indicada para tratamento em longo prazo da obesidade(5).

2. Inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2 (SGLT-2): dapagliflozina, empagliflozina e canagliflozina. São medicamentos aprovados para o tratamento do diabetes tipo 2 que também demonstraram ser eficazes na perda de peso em pacientes com sobrepeso e obesidade(17). No entanto, é importante lembrar que esses medicamentos são contraindicados em pacientes com insuficiência renal grave e têm efeitos colaterais potenciais, como infecções do trato urinário e cetoacidose diabética(17). No Brasil, a dapagliflozina está disponível nas dosagens de 5 mg e 10 mg, em comprimidos revestidos.

Já a empagliflozina está disponível nas dosagens de 10 mg e 25 mg, em comprimidos revestidos, e a canagliflozina em apresentações de 100 e 300 mg.

3. Metformina: usada no DM2, na resistência à insulina, podendo ter efeito anorexígeno, sacietógeno, aumenta as concentrações plasmáticas de GLP-1, com diminuição da hiperinsulinemia (18). Todos esses fatores podem contribuir para perda de peso. A Metformina pode ser iniciada com 500 mg/dia, com acréscimo de dose de 500 mg a cada 1 a 2 semanas, com dose alvo de 1.000 a 2.000 mg/dia, conforme a tolerância.

4. Medicamentos alternativos: prescritas em formulação magistral, sem evidência científica, comocentella asiática; phaseolus vulgaris (faseolamina); cromo (associado ao ácido picolínico); garcínia-cambogia (planta que possui, em sua casca, o ácido hidroxicítrico); ephedrasinica (efedrina, comumente em combinação com outros compostos, como cafeína e/ ou ácido acetilsalicílico); quitosana, fibra não hidrolisável(16).

5. Hormônios: uso indevido, como a gonadotrofina coriônica humana (hGC) para manejo da obesidade. As evidências demonstram que a hGC não tem nenhuma eficácia no manejo da obesidade, podendo ainda ser prejudicial, com graves efeitos colaterais, como aumento de risco tromboembólico, acidente vascular cerebral, síndrome de hiperestimulação ovariana, entre outros(16). Nesse âmbito, podemos citar ainda o uso de levotiroxina, que pode inclusive levar ao desenvolvimento de patologias outras, como o hipertireoidismo.

Relação custo-efetividade terapêutica

1. Semaglutida: tratamento farmacológico mais eficaz para a obesidade, de acordo com um estudo publicado em 2021, resultando em uma alteração média de peso corporal de -15,3 kg no grupo tratado com semaglutida em comparação com -2,6 kg no grupo placebo, representando uma diferença de cerca de 15%. Além disso, os resultados se mantiveram por dois anos(19).

2. Fentermina-topiramato: medicação mais prescrita atualmente para o tratamento da obesidade (no Brasil somente disponível em formulação magistral), geralmente administrada como monoterapia(6). Embora aprovada apenas para uso de

curto prazo, muitas vezes é utilizada off-label como tratamento a longo prazo. Em média, essa classe de medicamentos ajuda os pacientes a perder entre 5% e 10% do seu peso corporal, quando usados em conjunto com intervenções no estilo de vida. Embora esse percentual possa não ser tão elevado quanto desejado pelos pacientes, é clinicamente significativo e pode trazer benefícios à saúde(6,13).

3. Naltrexona-bupropiona: também é um tratamento farmacológico eficaz, com uma média de perda de peso de 5,0% em comparação com o placebo, segundo estudo publicado no Journal of the American Medical Association(12).

4. Liraglutida: eficaz na redução do peso corporal em comparação com o placebo e outros medicamentos para perda de peso. Em média, os pacientes que tomam liraglutida perdem cerca de 5% a 10% do seu peso corporal(11).

5. Orlistat: um tratamento farmacológico que apresenta uma média de perda de peso de 2,9% em comparação com o placebo(9).

6. Metformina: apresenta uma média de perda de peso de 2,1% em comparação com o placebo(18).

7. Inibidores do cotransportador de sódio-glicose-2 (SGLT-2): tratamentos farmacológicos que apresentam uma perda de peso leve, porém significativa, em revisão sistemática em pacientes com ou sem diabetes associado(17).

8. Mudanças no estilo de vida: fundamentais para o tratamento da obesidade e apresentam uma média de perda de peso de 3,0% a 5,0%, segundo estudo publicado no Journal of the American Medical Association (6).

Pacientes com diabetes e obesidade representam um desafio clínico, pois o controle glicêmico é crucial para prevenir complicações a longo prazo, mas a perda de peso também é necessária para melhorar a sensibilidade à insulina e diminuir a resistência à insulina. Assim, há a demanda de um esquema terapêutico que contemple as duas patologias. Dentre as opções de tratamento farmacológico disponíveis, os agonistas do receptor de GLP-1 e os inibidores de SGLT-2 são recomendados devido aos seus efeitos cardiovasculares benéficos, além de promoverem a perda de peso e diminuírem a hemoglobina A1C (19,20).

A semaglutida é a escolha ideal para pacientes com diabetes e obesidade, pois produz mais perda de peso do que outros agonistas do receptor de GLP-1 e requer apenas uma injeção semanal ou uma formulação oral(19). Os inibidores de SGLT-2 são geralmente bem tolerados, mas a canagliflozina deve ser evitada em pacientes com doença arterial periférica conhecida ou suspeita(20). A metformina é uma opção mais acessível, mas não fornece benefícios cardiovasculares adicionais(18).

Em pacientes com doença cardiovascular, os inibidores de SGLT-2, incluindo empagliflozina, dapagliflozina e canagliflozina, demonstraram reduzir o risco de eventos cardiovasculares maiores em pacientes com diabetes tipo 2 e doença cardiovascular estabelecida ou alto risco cardiovascular(20). Esses medicamentos também mostraram reduzir a mortalidade cardiovascular e a mortalidade por todas as causas(20). Os agonistas do receptor de GLP-1 também demonstraram reduzir o risco de eventos cardiovasculares maiores em pacientes com diabetes tipo 2 e alto risco cardiovascular, com redução em mortalidade cardiovascular e em mortalidade por todas as causas(19).

CONCLUSÃO

O tratamento farmacológico da obesidade pode ser uma opção para pacientes que não conseguem perder peso por meio de mudanças no estilo de vida. Os medicamentos aprovados para o tratamento da obesidade incluem inibidores da absorção de gordura, inibidores da fome e moduladores da saciedade. É importante lembrar que o tratamento farmacológico deve ser acompanhado por mudanças no estilo de vida, como dieta saudável e exercícios físicos regulares, para produzir resultados duradouros. Hoje dispomos de um arsenal terapêutico para o tratamento da obesidade, sendo fundamental a avaliação das diversas condições que cada paciente possa apresentar, para que se faça a escolha ideal, com a finalidade de obter-se os melhores resultados possíveis, de maneira duradoura.

Tabela 1: Comparativo dos principais fármacos utilizados em obesidade no Brasil				
Drogas e classes	Candidatos ideais	Efeitos adversos	Contraindicações ^a	Preço médio (dose mensal)
Orlistat (inibidor da lipase pancreática)	Pacientes com dieta moderada a rica em gorduras.	Esteatorreia, flatos com descarga de gordura e urgência fecal; cefaleia, câimbras. deficiência de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), podendo influenciar nível sérico de medicamentos relacionados (ex.: varfarina). Incomuns: lesão hepática, colelitíase, nefrolitíase.	Hipersensibilidade ao orlistat ou a qualquer componente da formulação; síndrome de má absorção crônica; colestase.	R\$100,00-200,00
Sibutramina (inibidor da receptação de noradrenalina e serotonina)	Obesos diabéticos sem antecedentes de doença cardiovascular ou cerebrovascular e com hipertensão arterial controlada.	Elevação média de 3-5 mmHg na pressão arterial diastólica e de 2 a 4 bpm na frequência cardíaca.	Obesos com doença arterial coronariana ou doença cerebrovascular, com ou sem diabetes tipo 2. Hipertensos com a pressão mal controlada (maior que 145/90 mmHg). Associação com antipsicóticos, inibidores da monoamino-oxidase.	R\$50,00-100,00
Liraglutida/Semaglutida (agonistas do receptor GLP-1)	Pacientes com diabetes tipo 2 e particularmente naqueles com doença cardiovascular comórbida.	Mais comuns: dor abdominal, constipação, diarreia, náuseas, vômitos, dispepsia, fadiga, cefaleia. Hipotensão, alopecia, erupção cutânea, urticária, retinopatia diabética, colelitíase, aumento dos níveis séricos de amilase e lipase.	Hipersensibilidade à semaglutida ou a qualquer componente da formulação; história pessoal ou familiar de carcinoma medular de tireoide; pacientes com síndrome de neoplasia endócrina múltipla tipo 2. Uso cauteloso na doença renal crônica e se histórico de pancreatite.	Liraglutida: R\$1.800,00-2.500,00 (dose alvo de 3 mg/dia); Semaglutida: R\$700,00-1.200,00 (dose 1mg/semana)*
Naltrexona-bupropiona (antagonista de receptor opioides e inibidor de recaptção de norepinefrina e dopamina)	Indivíduos com obesidade quando a terapia com agonistas de GLP-1 não é apropriada, acessível ou tolerada. Opção quando coexistência de tabagismo/ alcoolismo e obesidade.	Náusea, cefaleia, constipação, insônia, vômito, tontura e boca seca. Pode aumentar a pressão arterial e a frequência cardíaca.	Gravidez, hipertensão não controlada, transtorno convulsivo, transtorno alimentar, uso de outros produtos contendo bupropiona, uso crônico de opioides, disfunção hepática grave e uso dentro de 14 dias após o uso de inibidores da monamina oxidase.	R\$650,00-900,00 (dose máxima)
Topiramato (modulador de receptor GABA, respectivamente)	Indivíduos com obesidade que tratam de maneira concomitante epilepsia ou enxaqueca, quando análogos de GLP-1 não possam ser adquiridos ou não sejam tolerados.	Boca seca, constipação, parestesia. Relação com dose: efeitos psiquiátricos (depressão, ansiedade) e cognitivos (alteração na atenção, memória). Teratogenicidade (defeitos de linha média), interferência com a farmacocinética de contraceptivos orais (buscar associação de métodos contraceptivos), litíase renal (eleva levemente o pH urinário), acidose metabólica, miopia aguda.	Glaucoma de ângulo fechado, e mulheres em idade fértil devem ser alertadas sobre toxicidade fetal.	R\$40,00-140,00
Lisdexanfetamina (pró-fármaco de dextroanfetamina)	Pacientes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, associado à compulsão alimentar.	Insônia, irritabilidade, ansiedade, boca seca, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial. Substância controlada com potencial teórico para abuso e dependência.	Nenhum, mas não se recomenda em pacientes com doenças cardiovasculares.	R\$340,00-560,00
Metformina (biguanida)	Pacientes com diabetes e pré-diabetes.	Diarreia, constipação, náusea, dor e distensão abdominal. Raro: acidose láctica.	Doença renal crônica grave.	R\$10,00-30,00
Inibidores SGLT-2	Pacientes com diabetes tipo 2, hipertensão, insuficiência cardíaca, doença cardiovascular e lesão renal associada ao diabetes.	Infecção geniturinária, hipovolemia, aumento nos valores de lipoproteína de baixa densidade, hipercalemia. Raros: cetoacidose diabética, fraturas ósseas, amputações e gangrena de Fournier.	Doença renal crônica grave e dieta cetogênica (aumento do risco de cetoacidose diabética).	Dapagliflozina: R\$150,00-500,00 Empagliflozina: R\$190,00-600,00 Canagliflozina: R\$170,00-530,00

* Valores podem aumentar se necessária maior dose.

^a Na gravidez todos os medicamentos antiobesidade são contraindicados, exceto a metformina em pacientes com diabetes. Deve ser realizado teste de gravidez, antes da prescrição dos demais medicamentos, devido ao potencial efeito teratogênico de muitos medicamentos antiobesidade.

REFERÊNCIAS

1. Yael M, Marcie P, Sangeeta RK. Antiobesity drug therapy: An individualized and comprehensive approach. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2021;88(8):440.
2. Nilson EAF, Andrade R, de Brito DA, de Oliveira ML. [Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018]. *Costos atribuibles a la obesidad, la hipertensión y la diabetes en el Sistema Único de Salud de Brasil, 2018*. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e32.
3. Ferrari G, Giannichi B, Resende B, Paiva L, Rocha R, Falbel F, et al. The economic burden of overweight and obesity in Brazil: perspectives for the Brazilian Unified Health System. *Public Health*. 2022;207:82-7.
4. Suran M. As Ozempic's Popularity Soars, Here's What to Know About Semaglutide and Weight Loss. *JAMA*. 2023.
5. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP*.
6. Yanovski SZ, Yanovski JA. Progress in Pharmacotherapy for Obesity. *JAMA*. 2021;326(2):129-30.
7. Jastreboff AM, Kotz CM, Kahan S, Kelly AS, Heymsfield SB. Obesity as a Disease: The Obesity Society 2018 Position Statement. *Obesity*. 2019;27(1):7-9.
8. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. VOTO No 204/2022/SEI/DIRE2/ANVISA. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/composicao/diretoria-colegiada/reunioes-da-diretoria/votos-dos-circuitos-deliberativos1/2022/cd-1284-2022-voto.pdf>. Acesso em: 15 maio 2023.
9. Chanoine J-P, Hampl S, Jensen C, Boldrin M, Hauptman J. Effect of Orlistat on Weight and Body Composition in Obese Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2005;293(23):2873-83.
10. Arterburn DE, Crane PK, Veenstra DL. The Efficacy and Safety of Sibutramine for Weight Loss: A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine*. 2004;164(9):994-1003.
11. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Halpern A, Krempf M, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(1):11-22.
12. Nissen SE, Wolski KE, Prcela L, Wadden T, Buse JB, Bakris G, et al. Effect of Naltrexone-Bupropion on Major Adverse Cardiovascular Events in Overweight and Obese Patients With Cardiovascular Risk Factors: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;315(10):990-1004.
13. Smith SM, Meyer M, Trinkley KE. Phentermine/topiramate for the treatment of obesity. *Ann Pharmacother*. 2013;47(3):340-9.
14. COGHILL, David R.; CABALLERO, Beatriz; SO-ROOSHIAN, Shaw; CIVIL, Richard. A Systematic Review of the Safety of Lisdexamfetamine Dimesylate. *Cns Drugs*, [S.L.], v. 28, n. 6, p. 497-511, 1 maio 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40263-014-0166-2>.
15. SCHNEIDER, Elizabeth; HIGGS, Suzanne; DOURISH, Colin T.. Lisdexamfetamine and binge-eating disorder: a systematic review and meta-analysis of the preclinical and clinical data with a focus on mechanism of drug action in treating the disorder. *European Neuropsychopharmacology*, [S.L.], v. 53, p. 49-78, dez. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.08.001>.
16. ZAROS, K.J.B. (Paraná). Conselho Regional de Farmácia do Paraná. O USO OFF LABEL DE MEDICAMENTOS PARA OBESIDADE. 2018. Disponível em: <https://www.crfpr.org.br/uploads/revista/33657/CeW0qho1ZWuSjg2f4loml1hrF-99F2Etv.pdf>. Acesso em: 14 maio 2023.
17. Pratama KG, Tandarto K, Hengky A. WEIGHT LOSS EFFECT OF SODIUM-GLUCOSE COTRANS-PORTER-2 (SGLT2) INHIBITORS IN PATIENTS WITH OBESITY WITHOUT DIABETES: A SYSTEMATIC REVIEW. *Acta Endocrinol (Buchar)*. 2022;18(2):216-24.
18. Seifarth C, Schehler B, Schneider HJ. Effectiveness of metformin on weight loss in non-diabetic individuals with obesity. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2013;121(1):27-31.

19. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *New England Journal of Medicine*. 2021;384(11):989-1002.
20. Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, Mosenzon O, Kato ET, Cahn A, et al. Dapagliflozin and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2018;380(4):347-57.

*** Autor correspondente:**

Orivaldo Alves Barbosa

Email:

orivaldo.alves.barbosa@gmail.com

Abdome agudo hemorrágico por gravidez cornual

Acute hemorrhagic abdomen due to cornual pregnancy

Arthur Limeira Lima Leite¹; Hellen Cryslen Bernardo Bezerra²; Ivna Leite Reis²; Ana Cláudia Matera Juliani³; Ana Eloísa Nóbrega Araújo⁴; Raphael Felipe Bezerra Aragão¹

1 – Médico Cirurgião Geral formado pelo Hospital Geral Dr. César Cals

2 – Graduanda do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará

3 – Médica Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals

4 – Médica Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Walter Cantídio

Artigo submetido em: 12/11/2021

Artigo aceito em: 16/12/2021

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A gravidez cornual representa entre 2 a 4% das gestações ectópicas e a taxa de mortalidade materna desta condição é o dobro do valor das outras gestações tubárias. Um procedimento laparoscópico pode ser necessário para confirmar o diagnóstico, contudo, no caso de sangramento intraperitoneal abundante é recomendada uma laparotomia imediatamente. Neste trabalho, relatamos o caso de uma mulher de 32 anos que apresentou abdome agudo hemorrágico devido a uma gravidez ectópica cornual. Foi submetida à laparotomia exploradora e histerectomia com preservação dos ovários, sem intercorrências.

Palavras-chave: gravidez; abdomen agudo; gravidez ectópica; gravidez cornual; hemorragia; cirurgia.

ABSTRACT

Cornual pregnancies represent between 2 and 4% of ectopic pregnancies and the maternal mortality rate from this condition is twice that of other tubal pregnancies. A laparoscopic procedure may be necessary to confirm the diagnosis, however, in the case of profuse intraperitoneal bleeding, a laparotomy is recommended immediately. In this work, we report the case of a 32-year-old woman who had an acute hemorrhagic abdomen due to a cornual ectopic pregnancy. She underwent exploratory laparotomy and hysterectomy with preservation of the ovaries, without complications.

Keywords: pregnancy; acute abdomen; ectopic pregnancy; cornual pregnancy; hemorrhage; surgery.

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica ocorre quando um blastocisto é implantado e desenvolvido fora da cavidade endometrial do útero, localizando-se, em aproximadamente 98% dos casos, nas tubas uterinas(1). A gravidez ectópica não tubária é rara e abrange somente cerca de 10% dos todos os casos(2). Dentre esses, a localização na porção proximal da tuba uterina, dentro da parede muscular do útero, ocorre em 2% dos casos e denomina-se gravidez ectópica cornual(3).

Nas últimas décadas ocorreu um declínio considerável na taxa de mortalidade por gravidez ectópica, no entanto, ela ainda é a responsável por cerca de 9% das mortes no período gestacional, principalmente devido à hemorragia(1, 4). A gravidez ectópica cornual geralmente está associada à hemorragia grave e seu diagnóstico muitas vezes é atrasado devido a uma baixa especificidade dos sintomas e exames, necessitando de intervenção cirúrgica imediata(2).

Relatamos aqui um caso de abdome agudo hemorrágico em uma paciente de 32 anos devido a uma gravidez ectópica cornual em que foi realizado histerectomia com preservação dos ovários, sem intercorrências.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 32 anos, deu entrada na emergência do Hospital Geral Dr. César Cals no dia 03 de agosto de 2019 com quadro de dor abdominal difusa, progressiva e intensa, iniciada há dois dias, associado à distensão abdominal e vômitos. De antecedentes, teve gravidez molar há 3 meses da admissão, seguido com acompanhamento ambulatorial, apresentando normalização dos níveis de beta-HCG há 1 mês.

Ao exame físico, apresentava dor abdominal difusa à palpação, sinais de irritação peritoneal, rebaixamento do nível do sensório, taquicardia e hipotensão. Inicialmente, foram realizadas medidas clínicas para estabilização da paciente e feito coleta de amostra de sangue para realização de exames laboratoriais, no entanto, a paciente apresentou resposta transitória ao tratamento, sendo optado por realizar uma laparotomia exploradora.

Durante a abordagem cirúrgica foi encontrado aproximadamente 2 litros de sangue livre na cavidade abdominal, com sangramento ativo em uma lesão localizada no fundo uterino, medindo cerca de 4cm, próximo à trompa esquerda (Figura 1). Foi tentado realizar hemostasia com eletrocautério e sutura mecânica, mas não houve sucesso. Durante o procedimento, foi tomado conhecimento que os exames laboratoriais mostraram um beta-HCG de 15777, levantando-se a hipótese de mola invasora ou gravidez ectópica cornual. Dessa forma, foi optado por realizar histerectomia com preservação dos ovários, não havendo maiores intercorrências (Figura 2).

Figura 1 - Lesão no fundo uterino, próximo à tuba uterina esquerda.



Figura 2 - Útero retirado após histerectomia.



A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, recebendo alta no quarto dia, com níveis de hemoglobina estáveis, seguindo com acompanhamento ambulatorial. O exame histopatológico demonstrou resultado negativo para malignidades, sendo estabelecido como diagnóstico final uma gravidez ectópica cornual.

DISCUSSÃO

A gravidez ectópica foi relatada pela primeira vez no século XI e costumava levar à morte até o século XVIII, de forma que as informações sobre esses casos geralmente eram obtidas a partir de autópsias. Apenas no início do século XX com avanços nas áreas de anestesia, transfusão sanguínea e antibióticos, houve uma diminuição na mortalidade materna. A gravidez cornual representa entre 2 a 4% das gestações ectópicas e a taxa de mortalidade materna desta condição é o dobro do valor das outras gestações tubárias. Entre as causas de morte, a hemorragia é predominante, mas complicações infecciosas e acidentes anestésicos também são relevantes(5).

A possibilidade de ruptura em uma gravidez cornual pode ser catastrófica devido à rica vascularização da região, irrigada pelas artérias uterinas, ovarianas e suas anastomoses. Dessa forma, a detecção precoce da condição é crucial na redução da morbimortalidade(6). No caso em questão o diagnóstico foi tardio, obtido apenas após o tratamento de caráter emergencial devido à apresentação de um abdome agudo hemorrágico em que as medidas iniciais de estabilização apenas ofereceram uma melhora transitória do quadro.

A localização da gestação cornual na porção proximal da tuba uterina, onde ela se liga ao útero, é uma área revestida por miométrio e permite uma maior distensão local devido à camada de tecido muscular. Dessa forma, a gestação pode avançar um pouco mais antes de provocar complicações e a identificação precoce é prejudicada, pois essa localização geralmente não é marcada por sinais iniciais exuberantes(7).

Uma das principais contribuições do caso estudado é reforçar a importância de não afastar a possibilidade de gravidez ectópica rota devido ao histórico recente de gravidez molar, 3 meses antes do

incidente, e níveis normalizados de beta-HCG há 1 mês. O raciocínio diagnóstico para uma apresentação de abdome agudo hemorrágico em paciente do sexo feminino deve incluir a dosagem de gonadotrofina coriônica humana e considerar uma ruptura de gestação ectópica, apesar de se tratar de uma paciente sem fatores de risco predisponentes para implantação fora da cavidade endometrial.

Em geral, o diagnóstico de gestação cornual não é feito apenas com um ultrassom abdominal, uma vez que se trata da mais perigosa forma de gravidez ectópica e possui elevada mortalidade materna. O ultrassom transvaginal é mais apropriado, havendo alguns achados importantes: uma cavidade uterina vazia, um saco coriônico visto separadamente há mais de 1 cm da borda uterina lateral e uma camada engrossada de miométrio envolvendo o saco coriônico. Um procedimento laparoscópico pode ser necessário para confirmar o diagnóstico, contudo, no caso de sangramento intraperitoneal abundante é recomendada uma laparotomia imediatamente. O tratamento cirúrgico da gravidez cornual deve seguir os princípios da hemostasia, ressecção, reparo e reconstrução. Além disso, a conduta varia de acordo com a extensão do trauma e a vontade da paciente de preservar ou não a fertilidade. O manejo em alguns casos pode ser feito com metotrexato sistêmico ou abordagem laparoscópica, entretanto uma histerectomia pode ser necessária quando o dano é mais extenso(8).

Na perspectiva do caso abordado, a paciente não teve a oportunidade de fazer uma investigação diagnóstica completa com auxílio de exames de imagem, recorrendo-se a uma laparotomia de urgência devido ao quadro de abdome agudo hemorrágico e instabilidade hemodinâmica após as medidas iniciais. A cirurgia tinha caráter exploratório e revelou sangramento profuso com lesão no fundo uterino próximo à tuba uterina, o que somado ao resultado de alta dosagem de beta-HCG levantou as possibilidades de mola invasora e gravidez cornual, confirmada posteriormente por uma biópsia negativa para malignidades. Durante a cirurgia, a falha de tentativas mais conservadoras de reparo levou a uma histerectomia com preservação dos ovários.

REFERÊNCIAS

1. Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clin Obstet Gynecol*. 2012 Jun;55(2):376-86. doi: 10.1097/GRF.0b013e3182516d7b.
2. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Jul;294(1):19-27. doi: 10.1007/s00404-016-4069-y.
3. Nikodijevic K, Bricou A, Benbara A, Moreaux G, Nguyen C, Carbillon L, Poncelet C, Boujenah J. Grossesse extra-utérine cornuale : prise en charge, fertilité ultérieure et devenir obstétrical [Cornual pregnancy: Management and subsequent fertility]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016 Jan;44(1):11-6. French. doi: 10.1016/j.gyobfe.2015.10.011.
4. Luciano AA, Roy G, Solima E. Ectopic pregnancy from surgical emergency to medical management. *Ann N Y Acad Sci*. 2001 Sep;943:235-54. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb03805.x.
5. Correia L, Silva G, Barros C, Marques C. Gravidez Ectópica Intersticial. 1 ed. Lisboa, Portugal: O Estado da Arte. 2013.
6. Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Jan;202(1):15-29. doi: 10.1016/j.ajog.2009.07.054.
7. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med*. 2007 Mar;25(2):123-30. doi: 10.1055/s-2007-970051.
8. Baral G, Shakya B, Silwal J. Cornual ectopic pregnancy: case series. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015;10(1), 62-65.

*** Autor correspondente:**

Hellen Cryslen Bernardo Bezerra

Email:

hellen.cryslen@aluno.uece.br

Atresia duodenal em recém-nascido com *situs inversus*

Duodenal atresia in a newborn with situs inversus

Caio Antônio Borges Girão Silva¹; Gabriel Magalhães Saraiva¹; Caio Magalhães Barbosa¹; Rodolfo Victor Moreira Cavalcante¹; Maria Gabriela de Vasconcelos Romero¹; Rogério Cruz Saraiva²

1 – Graduando(a) em Medicina pelo Centro Universitário Christus, Fortaleza, Brasil

2 – Médico do Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, Brasil

Artigo submetido em: 18/10/2022

Artigo aceito em: 09/05/2023

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A atresia duodenal (AD) consiste de uma má-formação congênita caracterizada pela falha da recanalização na porção do intestino delgado que se estende desde o piloro até o ângulo de Treitz (duodeno). Apesar da AD representar até 60% dos casos de atresia intestinal, sua incidência associada ao *situs-inversus* constitui um caso mais raro ainda com cerca de 20 casos descritos na literatura. Ainda assim, é necessário o diagnóstico e a abordagem precoce a fim de promover a desobstrução do trato gastrointestinal e, conseqüentemente, a melhora da qualidade e expectativa de vida do paciente.

Palavras-chave: duodeno; pediatria; atresia; situs inversus.

ABSTRACT

Duodenal atresia (DA) is a congenital malformation characterized by failure to recanalize the portion of the small intestine that extends from the pylorus to the angle of Treitz (duodenum). Although AD represents up to 60% of cases of intestinal atresia, its incidence associated with *situs-inversus* is an even rarer case, with only approximately 20 cases described in the literature. Even so, an early diagnosis and approach are necessary in order to promote the clearance of the gastrointestinal tract and, consequently, improve the patient's quality and life expectancy.

Keywords: duodenum; pediatrics; atresia; situs inversus.

INTRODUÇÃO

Obstruções intestinais devido a má-rotação intestinal (MRI) ou atresias de segmentos intestinais ocorrem em aproximadamente 6 a cada 10.000 nascidos vivos. As principais causas incluem má-rotação, atresia jejuno-ileal, atresia duodenal (AD) e atresia colônica.[1]. Além disso, *Situs inversus* (SI) é uma condição rara com frequência estimada de 1 em cada 10.000 nascidos vivos e a associação de Atresia duodenal com SI é mais rara ainda com cerca de 20 casos descritos na literatura.

A atresia duodenal (AD) é uma importante má-formação congênita causada pela falha da recanalização na porção do intestino delgado parcialmente retroperitoneal que se estende desde o piloro até o ângulo de Treitz (duodeno). Ocorre em cerca de 1 em 10.000 nascidos vivos e chega a representar até 60% dos casos de atresia intestinal[2]. A AD associa-se frequentemente a outras anomalias, como cardiopatias congênicas, atresia esofágica, ânus imperfurado, atresia de intestino delgado, atresia biliar, anomalias renais e vertebrais. Além disso, cerca de 30% dos fetos com atresia duodenal tem trissomia do 21 (Síndrome de Down) e até 25% dos fetos também apresentam malformações cardíacas estruturais[3].

Apesar das relações epidemiológicas, sua etiologia, ao contrário das outras atresias intestinais, difere da teoria vascular e está relacionada com o papel dos fatores de crescimento dos fibroblastos (FCF), tendo sido, inclusive, reproduzida em ratos em estudos pela neutralização de receptores do fator de crescimento dos fibroblastos 2b[4].

A classificação da AD segue o padrão das outras atresias intestinais e costumam ser subdivididas em Tipo 1 (Membrana mucosa causa obstrução do lúmen intestinal, porém há preservação da camada muscular), esta podendo evoluir para deformidade do tipo “*wind-sock*” quando a membrana obstrutiva distende distalmente levando a uma aparência externa de dilatação além do nível verdadeiro da obstrução, Tipo 2 (Presença de cordão fibroso interposto às extremidades do duodeno atrésico) e Tipo 3 (Há separação completa de ambas as extremidades do duodeno atrésico).

A mortalidade da Atresia Duodenal é de aproximadamente 5%, isso ocorre devido a grande frequência de anomalias associadas. O prognóstico no

longo prazo costuma ser muito satisfatório no que diz respeito à função intestinal. Isso se deve à velocidade diagnóstica e ao avanço das técnicas cirúrgicas e condutas pós-operatórias que complementam o tratamento da doença.

Em face da necessidade de uma detecção e intervenção precoce, com o intuito de promover a desobstrução do trato gastrointestinal superior e, conseqüentemente, a melhora da qualidade e expectativa de vida do paciente, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso de atresia duodenal em recém-nascido com *situs inversus* parcial e ressaltar o sinal da “bolha dupla invertida” como um meio de identificar essa condição e a importância de considerar a “anatomia espelhada” na condução cirúrgica do paciente.

RELATO DE CASO

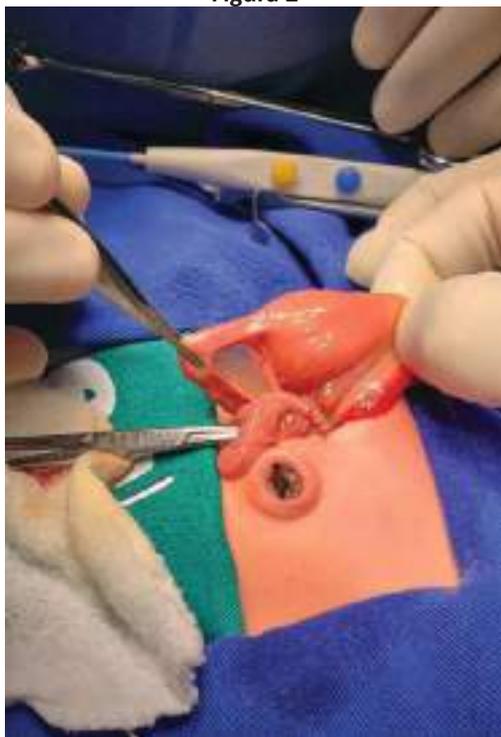
Um paciente pré-termo (36 semanas e 1 dia) do sexo feminino, nascido por parto vaginal prematuro sem causa aparente de uma mãe primípara foi avaliado no primeiro dia de vida. O ultrassom antenatal do terceiro trimestre descrevia “Imagens anecoicas ao nível do abdome fetal” sendo indagada a hipótese de obstrução intestinal. O recém nascido evoluiu com hipoatividade apesar dos níveis glicêmicos dentro da normalidade. Diante disso, foi iniciada antibioticoterapia com Ampicilina e Gentamicina devido a suspeita de infecção neonatal enquanto aguardava os resultados da Hemocultura. O exame físico evidenciou um abdome distendido, sendo realizado radiografia abdominal com presença de alças “intestinais dilatadas” com a sombra gástrica à direita e a sombra cardíaca em sua localização habitual (Figura 1). A ultrassonografia abdominal revelou distensão gástrica e duodenal com limite ao nível do jejuno e alças posteriores sem alterações.

Figura 1



O recém-nascido foi submetido à laparotomia no 4º dia de vida. O paciente apresentava atresia de delgado tipo 1 com *situs inversus* parcial. Foi realizada ressecção da membrana jejunal, passagem de sonda enteral transanastomose N.6 e feita anastomose termino-terminal tipo Mikulicz. No pós operatório o paciente não necessitou de suporte ventilatório e a alimentação foi iniciada e gradualmente aumentada.

Figura 2



DISCUSSÃO

Com o aumento da sofisticação das imagens pré-natais e o avanço das técnicas cirúrgicas a atresia duodenal tem sido diagnosticada de maneira precoce com resolução cirúrgica que proporciona um bom prognóstico no longo prazo no que diz respeito à função gastrointestinal do paciente.

A AD pode ser diagnosticada anteparto em até 44% dos casos por meio do achado ultrassonográfico durante o terceiro trimestre de sinais associados, como polidrâmnio, que aumentam a suspeita diagnóstica e guiam à investigação para a detecção da Dupla bolha (A primeira bolha representa o estômago cheio de líquido e ar. Já a segunda bolha representa o duodeno proximal dilatado). Esse sinal também é o achado típico da AD em recém nascido na radiografia de abdome total.

A presença do *situs inversus* pode ser totalmente assintomática e ser detectada de maneira acidental durante um procedimento cirúrgico ou autópsia. Contudo, quando associado à atresia duodenal, costuma ser detectado ainda no período neonatal.

A clínica do RN costuma iniciar com vômitos nas primeiras 48h de vida, sendo 80% desses com caráter bilioso e 20% não bilioso devido à localização da obstrução ser proximal à inserção do ducto biliar comum (pré-ampolar).

Diante desse quadro clínico, um dos diagnósticos diferenciais mais importantes é a má-rotação intestinal (MRI). Características que auxiliam na diferenciação entre MRI e AD incluem histórico antenatal e achados radiológicos como contorno plano no ponto mais distal da dupla bolha (AD), ao contrário da imagem angulada em “Bico de pássaro” (MRI).

Apesar de quando houver suspeita de MRI ser necessário investigação de emergência e/ou intervenção cirúrgica, a correção cirúrgica da AD não costuma ser uma emergência.

O manejo inicial da AD, como grande parte das obstruções intestinais, consiste de sonda nasogátrica sob aspiração, tratamento de suporte e exames complementares em busca de anomalias associadas. O tratamento não difere quanto a presença concomitante do *situs inversus*. A duodenostomia continua sendo a cirurgia de escolha.

A intervenção cirúrgica usualmente é realizada por meio de uma duodeno-duodenostomia onde as extremidades proximal e distal são abertas e aproximadas com intuito de desviar o trato gastrointestinal do segmento atresiado. Esse procedimento pode ser realizado tanto por via aberta como por via laparoscópica. Em casos de membrana duodenal, a resolução pode ser feita por meio de duodenotomia vertical, ressecção da membrana e fechamento transversal.

A duodeno-jejunostomia pode ser realizada caso a anastomose duodeno-duodenal não seja possível, contudo, é associada com maiores riscos de complicações como trajeto em fundo-cego “blind-loop syndrome”[5][6].

No pós-operatório, a nutrição parenteral pode ser evitada com a aposição de sonda trans-anastomose para facilitar a absorção jejunal precoce enquanto a função gastro-duodenal se restabelece.

REFERÊNCIAS

1. Adams SD, Stanton MP. Malrotation and intestinal atresias. *Early Hum Dev.* 2014 Dec;90(12):921-5. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2014.09.017. Epub 2014 Oct 13. PMID: 25448782.
2. Best KE, Tennant PWG, AddorM-C, Bianchi F, Boyd P, Calzolari E, et al. Epidemiology of small intestinal atresia in Europe: a register-based study. *Arch Dis Child Fetal*
3. Neonatal Ed 2012;97:F353–8.
4. Choudhry MS, Rahman N, Boyd P, Lakhoo K. Duodenal atresia: associated anomalies,
5. prenatal diagnosis and outcome. *Pediatr Surg Int* 2009;25:727–30.
6. Kanard RC, Fairbanks TJ, De Langhe SP, Sala FG, Del Moral PM, Lopez CA, et al.
7. Fibroblast growth factor-10 serves a regulatory role in duodenal development. *J*
8. *Pediatr Surg* 2005;40:313–6.
9. Hall NJ, Drewett M, Wheeler RA, Griffiths DM, Kitteringham LJ, Burge DM. Transanastomotic
10. tubes reduce the need for central venous access and parenteral
11. nutrition in infants with congenital duodenal obstruction. *Pediatr Surg Int* 2011;27:851–5.
12. Management of duodenal atresia associated with situs inversus abdominus: A case report. Shuai Qiang, Meili Fan, Qingbo Cui, Zhaozhu Li, Yu Zhou, Qiang Li, Fengyong Li
13. *Medicine (Baltimore)* 2020 Jul 31; 99(31): e21439. Published online 2020 Jul 31. doi: 10.1097/MD.00000000000021439.

* Autor correspondente:

Caio Antônio Borges Girão Silva

Email:

Reconstrução de ureter retrocava: relato de caso e descrição cirúrgica

Ureter retrocaval reconstruction: case report and surgical description

Larissa Cavalcante Amora¹; Dielly Chaves Moreira¹; Breno Moreira Viana Mendonça Brito¹; Raphael Franco Bezerra²; Bárbara Bezerra Ricciardi³; Pedro Amorim Vidal³

1 – Médico(a) residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Fortaleza, CE, Brasil

2 – Médico preceptor de Cirurgia Urológica do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Fortaleza, CE, Brasil

3 – Graduando(a) em medicina pela Universidade de Fortaleza – Fortaleza, CE, Brasil

Artigo submetido em: 26/02/2023

Artigo aceito em: 14/04/2023

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

Introdução: O ureter retrocava é uma anomalia congênita rara decorrente do anormal desenvolvimento embrionário da veia cava, com estimativa de incidência de 1 para cada 1.000 nascidos vivos e maior prevalência no sexo masculino. O diagnóstico é feito por meio de exames como pielografia retrógrada, urografia intravenosa, ressonância magnética ou tomografia computadorizada, que apresentam característica de alteração em formato de de “J” ou “S” invertido. O tratamento é indicado quando há dor significativa, hidronefrose severa e infecções do trato urinário de repetição, com a cirurgia de escolha sendo a pieloplastia, na qual o ureter é transposto anteriormente à veia cava. **Relato de caso:** Relatamos o caso de um homem de 34 anos, sem comorbidades, que apresentou dor lombar recorrente e intensa com irradiação para a fossa ilíaca direita desde setembro de 2021, sem queixas de urge incontinência e disúria. O diagnóstico foi feito por meio de tomografia computadorizada com contraste e cintilografia, que evidenciou ureter direito circuncaval comprimido entre o músculo psoas e a veia cava inferior, determinando moderada uretero-hidronefrose a montante. O paciente foi submetido a videolaparoscopia para reconstrução do ureter proximal com Caprofyl 4.0, sem intercorrências, recebendo alta no segundo dia pós-operatório. **Discussão:** Os exames clássicos para diagnóstico são pielografia retrógrada e urografia intravenosa, mas a tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm sido propostas como exames de primeira escolha. O tratamento é individualizado, com opções clínicas ou cirúrgicas. A cirurgia laparoscópica é a opção de escolha e a técnica videolaparoscópica é superior à aberta, com vantagens da abordagem retroperitoneal ou transperitoneal dependendo da preferência do cirurgião. A cirurgia laparoendoscópica de sítio único é uma técnica em desenvolvimento, mas pode estar associada a menor necessidade de analgésicos e melhor resultado estético. **Conclusão:** O tratamento depende da presença das repercussões no paciente. A correção cirúrgica laparoscópica do ureter retrocava tem mostrado melhores resultados em diversos aspectos quando comparada à técnica aberta, com abordagem transperitoneal ou retroperitoneal dependendo das preferências do cirurgião.

Palavras-chave: ureter retrocaval; anomalia congênita; reconstrução ureteral; laparoscopia; obstrução ureteral.

ABSTRACT

Introduction: Retrocaval ureter is a rare congenital anomaly resulting from abnormal embryonic development of the vena cava, with an estimated incidence of 1 in every 1,000 live births and higher prevalence in males. Diagnosis is made through exams such as retrograde pyelography, intravenous urography, magnetic resonance imaging, or computed tomography, which show characteristic alteration in the form of an inverted “J” or “S”. Treatment is indicated when there is significant pain, severe hydronephrosis, and recurrent urinary tract infections, with the surgery of choice being pyelopyelostomy, in which the ureter is transposed anteriorly to the vena cava. **Case report:** We report the case of a 34-year-old man, without comorbidities, who presented with recurrent and intense lower back pain radiating to the right iliac fossa since September 2021, without complaints of urge incontinence and dysuria. Diagnosis was made through contrast-enhanced computed tomography and scintigraphy, which showed the compressed right retrocaval ureter between the psoas muscle and the inferior vena cava, determining moderate ureterohydronephrosis upstream. The patient underwent videolaparoscopy for proximal ureteral reconstruction with Caprofyl 4.0, without complications, and was discharged on the second postoperative day. **Discussion:** Classic exams for diagnosis are retrograde pyelography and intravenous urography, but computed tomography and magnetic resonance imaging have been proposed as first-choice exams. Treatment is individualized, with clinical or surgical options. Laparoscopic surgery is the option of choice, and the videolaparoscopic technique is superior to open surgery, with advantages of retroperitoneal or transperitoneal approach depending on the surgeon’s preference. Single-site laparoendoscopic surgery is a developing technique, but it may be associated with a lower need for analgesics and better aesthetic outcome. **Conclusion:** The treatment depends on the presence of repercussions in the patient. Laparoscopic surgical correction of retrocaval ureter has shown better results in several aspects when compared to open techniques, with transperitoneal or retroperitoneal approach depending on the surgeon’s preferences.

Keywords: ureter retrocaval; congenital anomaly; ureteral reconstruction; laparoscopy; ureteral obstruction.



INTRODUÇÃO

O Ureter retrocava ou circuncaval é uma variação anatômica extremamente rara e decorre da persistência das veias cardeais posteriores, com estimativa de incidência de 1 para cada 1.000 nascidos vivos e maior prevalência no sexo masculino. Seu diagnóstico é dado através da pielografia retrógrada ou intravenosa, por meio da ressonância magnética (RM) ou reconstrução tridimensional de uma tomografia computadorizada (TC), nos quais é característico a alteração em formato de “J” ou “S” invertido. Quanto ao tratamento dessa condição, é indicado quando há dor significativa, hidronefrose severa e infecções do trato urinário de repetição. A cirurgia de escolha para correção é a pieloplastia, na qual a pelve renal é seccionada e o ureter após dissecação é transposto anteriormente à veia cava.[1-5]

RELATO DE CASO

MCA, sexo masculino, 34 anos, sem comorbidades, procedente de Fortaleza/Ceará, veio encaminhado de outro serviço para o Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar com história de dor lombar recorrente e de forte intensidade, com irradiação para fossa ilíaca direita, desde o início de Setembro de 2021. Negava queixas de urgeincontinência e disúria. Na época, procurou atendimento médico e realizou tomografia computadorizada com contraste que evidenciou ureter direito circuncaval comprimido entre o músculo psoas deste lado e a veia cava inferior (figura 1), determinando moderada uretero-hidronefrose a montante, sem fatores obstrutivos detectados. Não possuía alteração de função renal laboratorialmente. Ao ser avaliado por urologista de outro serviço, foi solicitado cintilografia para investigação de estenose ureteral, contudo, o exame constatou função glomerular preservada em ambos os rins e rim direito com sinais de dilatação em sistema pielocalicinal e estase do radiotraçador, mas possivelmente sem obstrução urodinamicamente relevante. No dia 01/10/2021, foi admitido neste hospital para aposição de cateter duplo J à direita, sem intercorrências. Retornou no dia 22/10/2021 para ser submetido à videolaparoscopia, visando à reconstrução de ureter direito.

Quanto à técnica, o paciente permaneceu em decúbito lateral direito, o pneumoperitônio foi feito por meio de uma agulha de Veress e foram posicionados os trocateres da seguinte forma: um 12 mm na região paraumbilical para ótica, um 12 mm e outro 5 mm em epigástrio e um 5 mm em flanco direito, conforme demonstrado na figura 2. Procedeu-se com a liberação do cólon direito, a identificação do ureter direito retrocava (figura 3), a dissecação da pelve renal direita e a abertura e, posterior, reconstrução do ureter proximal com Caproyl 4.0, à nível da junção ureteropielica (figura 4). Por fim, o cateter duplo J à direita que já estava presente previamente à cirurgia foi reposicionado e foi colocado um dreno Portovac 4.8. Não houve intercorrências e o paciente retirou o dreno e recebeu alta no 2º dia pós-operatório.

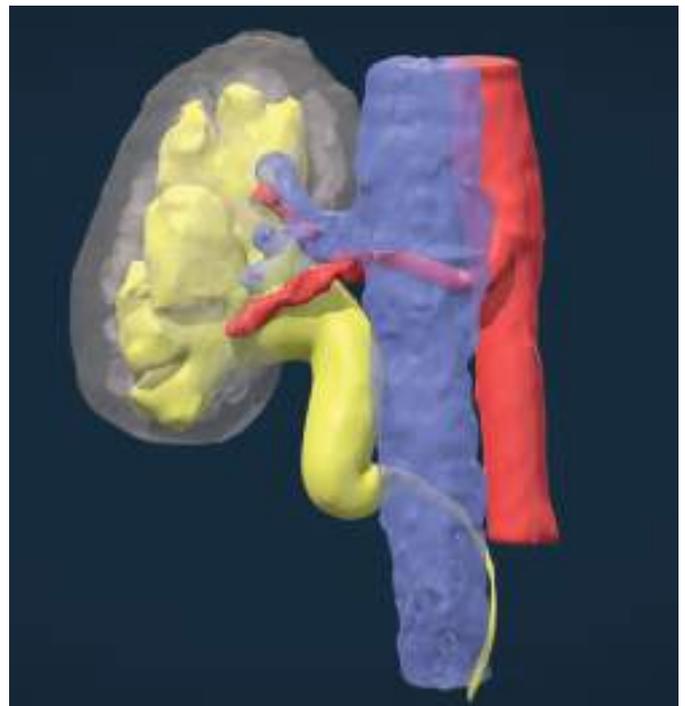


Figura 1 - Reconstrução 3D de tomografia computadorizada evidenciando ureter direito retrocava.



Figura 2 - Posicionamento dos trocateres.



Figuras 3 e 4 - Visualização intraoperatória de ureter direito circuncaval à esquerda e anatômico à direita, após a reconstrução.

DISCUSSÃO

O ureter retrocava é uma anomalia congênita rara ocasionada por um anormal desenvolvimento embrionário da veia cava inferior. Estima-se que a incidência seja de 1 para cada 1.000 nascidos vivos, com maior prevalência em homens do que em mulheres e mais comumente encontrado à direita, como é o caso do paciente em questão.[1,3,5,6]

Os exames clássicos para o diagnóstico de anomalias da veia cava inferior são a pielografia retrógrada e a urografia intravenosa. No entanto, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm sido propostas como exames de primeira escolha para confirmar o diagnóstico. Além disso, a tomografia e ressonância magnética podem ser necessários para excluir outras doenças que cursam com hidronefrose, uma vez que a hidronefrose é o achado mais comum do ureter retrocava sintomático. Outro achado recorrente é dor e pielonefrite de repetição. [3-5,7]

O tratamento é individualizado, sendo possível realizar tratamento clínico em casos de graus menores de obstrução ureteral e hidronefrose. O tratamento cirúrgico é feito em casos de dor significativa, hidronefrose severa e infecções do trato urinário de repetição, com a cirurgia de escolha sendo a pieloplastia, na qual o ureter é transposto anteriormente à veia cava. [3,5]

O ureter retrocaval pode ser classificado quanto ao grau de hidronefrose e quanto à extensão do seu desvio medial. Devido à raridade dessa variação anatômica, os estudos disponíveis na literatura são séries de casos, de sorte que não há revisões sistemáticas sobre esse tema. Há uma conclusão uniforme entre os estudos, a técnica videolaparoscópica é superior à aberta, haja visto que promove menor lesão tecidual e consequentemente sangramento, pós operatório menor e menores doses de medicamentos.[1,5,7,8]

Atualmente, a cirurgia laparoscópica é a opção de escolha, no entanto, a via de acesso da cirurgia, se retroperitoneal ou transperitoneal, depende da preferência do cirurgião, já que há vantagens e desvantagens em cada uma. Contudo, um estudo mostrado por HARRECH et al, mostrou que a abordagem retroperitoneal parece ser mais rápida, já a via transperitoneal, fornece exposição superior e mais espaço de trabalho, o que facilita a sutura intracorpórea, que possuem elevada dificuldade técnica.[1,7]

A cirurgia laparoendoscópica de sítio único (LESS), é uma técnica que tem como objetivo diminuir o número de incisões, princípio básico da laparoscopia, de forma que diminuiria o risco de atrofia ureteral, assim como a tensão ao realizar a anatomose.

Apesar disso, a LESS ainda não é a técnica de padrão para correção de ureter retrocava, haja visto que há poucos estudos robustos que demonstrem resultados superiores em termos de recuperação, quando comparados a laparoscopia e a LESS. [1,8]

Um estudo realizado por KARIM et al, realizou a comparação entre a LESS e a minilaparoscopia (ML), demonstrando que ambas têm tempo operatório, perda de sangue, taxa de complicações e permanência hospitalar comparáveis. No entanto, a técnica LESS está associada a menor necessidade de analgésicos e melhor resultado estético.[8]

CONCLUSÃO

Em conclusão, o ureter retrocaval é uma anomalia congênita rara que pode causar hidronefrose e dor crônica. O tratamento depende da presença das repercussões no paciente. A correção cirúrgica laparoscópica do ureter retrocava tem mostrado melhores resultados em diversos aspectos quando comparada à técnica aberta, com abordagem transperitoneal ou retroperitoneal dependendo das preferências do cirurgião.

REFERÊNCIAS

1. El Harrech Y, Ghoundale O, Kasmaoui EH, Touiti D. Transperitoneal laparoscopic pyelopyelotomy for retrocaval ureter without excision of the retrocaval segment: experience on three cases. *Advances in urology*. 2016.
2. Oliveira Da SM, Duarte M. Ureter circuncaval - diagnóstico pela tomografia computadorizada: relato de caso [Internet]. [cited 2023 Apr 12]. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2020/11/1129409/rdt_v25n3_96-99.pdf
3. Rodrigues RO. Uréter retrocava e obstrução urinária. 00500: Universidade de Coimbra; 2012.
4. Hassan R, Aziz AA, Mohamed SKC. Retrocaval Ureter: The Importance of Intravenous Urography. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS* [Internet].2011;18(4):84–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328936/>
5. Virgilio RC, Orellana FM, Leitão LF de MP, Guirro TG, de Andrade Neri RF, Traete PL, et al. Tratamento laparoscópico de cálculo ureteral em ureter retrocava/Laparoscopic treatment of ureteral stone in retrocaval ureter. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*. 2021;1 of 4–1 4.
6. Fadil Y, Bai W, Dakir M, Debbagh A, Aboutaieb R. Retrocaval ureter: a case report and review of the literature. *Urology Case Reports*. 2021;35:101556.
7. Gupta R, Kesar A, Mahajan A, Mehta A, Masood S. Transperitoneal laparoscopic ureteropyeloplasty of retrocaval ureter: single surgeon experience and review of literature. *Asian Journal of Endoscopic Surgery*. 2022;15(1):90–6.
8. Abdel-Karim AM, El Tayeb MM, Yahia E, Elmisiry M, Hassouna M, Elsalmy S. Evaluation of the role of laparoendoscopic single-site surgery vs minilaparoscopy for treatment of upper urinary tract pathologies: prospective randomized comparative study. *Journal of Endourology*. 2017;31(12):1237–42.

* Autor correspondente:

Pedro Amorim Vidal

Email:

pedroamorimv@hotmail.com

Emoções veladas em profissionais de um hospital secundário

Veiled emotions in professionals of a secondary hospital

Ângela Rocha Mapurunga¹; Lilian Alves Amorim Beltrão¹; Silvana Furtado Sátiro¹; Solange Meininger¹; Fernanda Pereira de Sousa¹; Maria Elidiana Araújo Gomes¹

1 – Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Fortaleza, CE, Brasil

Artigo submetido em: 20/08/2022

Artigo aceito em: 09/05/2023

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência sobre ações direcionadas para o acompanhamento psicológico dos colaboradores de um serviço hospitalar, no município de Fortaleza, como integrante do Projeto Cuidando de Quem Cuida. Assim, com objetivo de desenvolver ações e parcerias para preservação dos aspectos mental e social dos seus trabalhadores foi aplicado o instrumento específico para identificação da Síndrome de Burnout, questionário de Jbeilli. Os questionários foram distribuídos a todos os funcionários pelo serviço de psicologia, no período de Outubro à Dezembro de 2021. Tal experiência teve como resultados: necessidade da inserção de um profissional na área da psicologia que desenvolvesse um cuidado terapêutico na perspectiva organizacional e ampliação de parcerias com instituições de ensino para elaboração e aplicação de novas estratégias organizacionais.

Palavras-chave: assistência à saúde mental; qualidade de vida; estresse psicológico; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

This is an experience report on actions aimed at the psychological follow-up of employees of a hospital service, in the city of Fortaleza, as part of the Projeto Cuidando de Quem Cuida. Thus, in order to develop actions and partnerships to preserve the mental and social aspects of its workers, the specific instrument for identifying Burnout Syndrome, the Jbeilli questionnaire, was applied. The questionnaires were distributed to all employees by the psychology service, from October to December 2021. This experience had the following results: the need to insert a professional in the field of psychology who would develop therapeutic care from an organizational perspective and expansion of partnerships with educational institutions for the elaboration and application of new organizational strategies.

Keywords: mental health care; quality of life.; Psychological stress; worker's health.

INTRODUÇÃO

O setor da saúde, na atualidade, vem apresentando desafios que exigem do trabalhador uma qualificação cada vez mais específica. Essas exigências, por sua vez, ao longo do tempo podem favorecer a exaustão emocional e causarem, quando não percebidas, transtornos psíquicos e físicos na vida do trabalhador(1).

A literatura aponta para a relação entre o maior desgaste emocional proporcionado pelo aumento das exigências no setor de trabalho e a incapacidade de controle sobre as emoções o que irá proporcionar sofrimento emocional, comprometendo a saúde física e mental dos trabalhadores(2).

Portanto, o trabalhador da saúde é confrontado com a incapacidade de gerenciamento do stress cotidiano gerado pelas demandas não solucionadas que, conseqüentemente, se tornam crônicas e levam ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout (SB). A Síndrome de Burnout foi descrita pela primeira vez, em 1974, pelo psiquiatra Herbert Freudenberger(3). Atualmente, está inserida na Classificação Internacional de Doenças CID-11 com o código QD85 e, na legislação brasileira é contemplada como acidente de trabalho, regulamentada pela Lei de Benefícios previdenciários 8.213/91 (4,5,6).

Tal síndrome é desenvolvida a partir da exposição constante aos fatores sócios ambientais que desencadeiam o stress e, assim fragilizam o trabalhador, tornando-o incapaz de conseguir estratégias para solução de suas demandas no ambiente de trabalho causando o seu adoecimento (7).

Dessa forma, o fenômeno da SB atinge profissionais que costumam ter contato intenso com usuários no seu ambiente de trabalho com destaque para os profissionais da saúde, da educação, policiais e assistentes sociais (8). Nesse contexto, esse relato tem como objetivo descrever o processo de identificação e direcionamento de ações voltadas sobre ações voltadas para o acompanhamento psicológico dos colaboradores de um serviço hospitalar.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O relato descrito traz a vivência, como gestora técnica do Hospital José Martiniano de Alencar, no município de Fortaleza, da criação e desenvolvimento de estratégias que valorizem e cuidem do trabalhador da instituição a partir de iniciativas direcionadas para nutrição, atividade física, avaliação e acompanhamento psicológico, promovendo ações que preservem o bem estar físico, mental e social do nosso trabalhador. Tal iniciativa partiu do Projeto intitulado: “Cuidando de Quem Cuida”, realizado no período de Novembro/2021 à Julho/2022. Nesse período, a instituição estava dentre as que recebiam pacientes diagnosticados pela infecção causada pelo coronavírus SARS- CoV-2. Tal infecção com alto poder de transmissibilidade e que gerou Emergência Global na Saúde Pública ocasionando, em 2020, estado de pandemia(9).

Assim, apesar de toda dinâmica hospitalar para atender as diversas demandas, se fazia necessário criar ferramentas para o enfrentamento do esgotamento físico e psíquico apresentados pelos colaboradores administrativos e assistenciais que se potencializaram a partir da pandemia do COVID-19.

Portanto, impulsionada por tais inquietações, reuni o serviço de psicologia do hospital e decidimos que seria necessário um diagnóstico do nosso serviço, utilizando um instrumento específico para identificação da SB, conhecido como Questionário Ocupacional de Jbeili.

O Questionário Ocupacional de Jbeili foi desenvolvido por Chafic Jbeili, à qual se inspirou na escala diagnóstica de Maslach Burnout Inventory considerada como padrão ouro para detecção da síndrome pois aborda três aspectos que são: exaustão física e emocional para solucionar as adversidades, despersonalização e/ou cinismo entendida como negação da síndrome e o distanciamento dos recursos que podem auxiliar a superar tal estado de sofrimento emocional e diminuição da realização pessoal proporcionando sensações de incompetência diante da capacidade de produção(10).

Dessa forma, foi pactuado que o serviço de psicologia aplicaria os questionários em todos os 43 setores da instituição, incluindo administrativo e assistencial, seguindo as seguintes etapas: os psicólogos do serviço

elaboraram o plano de sensibilização e acompanhamento durante aplicação dos questionários; o setor de informática inseriu o questionário num tablet; durante aplicação do questionário nos setores, os profissionais da psicologia permaneciam para esclarecimento de alguma dúvida e, assim, o tablet com questionário de Jbeilli foi entregue aos 570 profissionais da instituição, no período de Outubro a Dezembro de 2021, à qual se obteve 83 respostas dos colaboradores; a participação dos colaboradores tinha caráter voluntário e suas respostas eram de acesso, exclusivo, do grupo de psicologia do hospital às quais foram responsáveis pela tabulação e interpretação das respostas.

A partir da interpretação dos resultados obtidos foram identificados sete servidores com presença da Síndrome de Burnout, os quais foram convidados para acompanhamento psicológico, mas, os mesmos, não compareceram.

DISCUSSÃO

A partir dessa experiência, foram enumeradas algumas fragilidades que, possivelmente, levaram à não adesão dos servidores. Dentre essas fragilidades, foram pontuados alguns fatores considerados como possíveis influenciadoras para a não adesão do servidor à proposta.

Assim, um fator observado foi que, o trabalhador, em muitos momentos, ao preencherem o questionário, abordava que, alguns colegas do mesmo setor apresentaram sintomas que apontavam para Síndrome de Burnout, mas não se visualizavam como portadores dos sintomas característicos da síndrome, outros apresentaram resistência para preenchimento do questionário e, finalmente a proximidade do servidor com o profissional do serviço de psicologia, que eram os responsáveis por aplicar o questionário, pode ter proporcionado algum constrangimento e, por tal motivo gerou resistência para o preenchimento do questionário.

Portanto, tal experiência que, a princípio se percebeu como não exitosa, se tornou o gerador impulsionador para rever a forma de abordagem e a necessidade da inserção de um novo profissional na área da psicologia, sendo que esse não teria vínculo prévio com os servidores e que desenvolvesse um cuidado terapêutico voltado para

os fatores organizacionais e, diante desse novo “olhar” ampliasse uma assistência psicológica em que se proporcione um elo entre organização e seu trabalhador.

Diante dessa necessidade, foi inserido no setor da psicologia do hospital, um profissional com abordagem organizacional e, o mesmo, vem desenvolvendo atendimentos e ações terapêuticas direcionadas ao bem-estar físico e psíquico do trabalhador dentro da perspectiva organizacional o que se percebeu uma boa aceitação por parte dos colaboradores ao novo serviço prestado.

Por fim, existe a perspectiva de desenvolver uma parceria com instituições de ensino para elaborar estratégias organizacionais a serem aplicadas e multiplicadas em outros serviços de saúde do hospital e do Estado.

REFERÊNCIAS

1. Vieira I, RUSSO JA. Burnout e estresse: entre medicalização e psicologização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2019; v. 29(2), e290206.
2. Munhoz OL, Arrial TS, Barlem EL, Dalmolim GL, Andolhe R, Magnago TS. Estresse ocupacional e burnout em profissionais de saúde de unidades de perioperatório. *Acta Paulista Enfermagem*, 2020; 33:1-7.
3. Freudenberg, H. J. Staff burn-out. *The Journal of Social Issues*, 1974;30(1), 159-165. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
4. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-11 [Internet]. Brasília, DF: OMS/DATASUS; 2008. [citado 11 Ago. 2022]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
5. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019 [citado 20 Ago 2022]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
6. Brasil. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 mai. 1999, p. 50. [citado 11 Ago. 2022] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048compilado.htm.

7. Maslach C. Compreendendo El Burnout. Cienc Trab. 2009;11(32):37–43.
8. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. (2001). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. In Série A Normas e Manuais Técnicos (Vol. 114). Ministério da Saúde do Brasil. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa sobre COVID-19 [Internet]. Brasília: OPAS; 2020 [citado em 2022 Ago 19]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
10. Maslach C, Schaufell WB, Leiter MP. Jobburnout. Annu. Rev. Psychol., 2001, v. 52, p. 397-422.

*** Autor correspondente:**

Maria Elidiana Araújo Gomes

Email:

maria_elidiana@hotmail.com





HOSPITAL E
MATERNIDADE
JOSÉ MARTINIANO
DE ALENCAR



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

