Pneumoencéfalo espontâneo associado à meningite pneumocócica

Spontaneous pneumocephalus associated with pneumococcal meningitis

Marcos Frata Rihl[1], Luana Ferrari[2], Deyse Brancher[3], Giullia Menuci Chianca[3], Matheus Golenia dos Passos[3]

RESUMO

Pneumoencéfalo é a presença de ar ou gás dentro da cavidade craniana, sendo comumente resultado de trauma cranioencefálico, neoplasia ou neurocirurgia. Nós relatamos o caso de um paciente de 68 anos com quadro de meningite pneumocócica se apresentando com pneumoencéfalo espontâneo. O pneumoencéfalo em si é geralmente benigno e o ar intracraniano é absorvido em 85% dos pacientes durante a primeira semana. A maioria dos casos resolve por manejo conservador.

UNITERMOS: Pneumocefalia, Meningite Pneumocócica, Sinusite, Mastoidite.

ABSTRACT

Pneumocephalus is the presence of air or gas within the cranial cavity, and it is usually the result of traumatic brain injury, neoplasia or neurosurgery. We report the case of a 68-year-old patient with pneumococcal meningitis presenting with spontaneous pneumocephalus. Pneumocephalus itself is generally benign and intracranial air is absorbed in 85% of patients during the first week. Most cases resolve by conservative management.

KEYWORDS: *Pneumocephalus, Pneumococcal Meningitis, Sinusitis, Mastoiditis.*

INTRODUÇÃO

Pneumoencéfalo é a presença de ar ou gás dentro da cavidade craniana, sendo comumente resultado de trauma cranioencefálico, neoplasia ou neurocirurgia. No entanto, excluindo-se essas causas, meningite bacteriana pode ser uma etiologia rara (1,2).

Relatamos um caso de meningite pneumocócica apresentando-se com pneumoencéfalo.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 68 anos, previamente hígido, procurou atendimento no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre, por quadro de febre (de até 39ºC) e cefaleia. Relatou que há uma semana apresentava tosse e coriza, e no dia anterior, teve otalgia à direita associada à otorreia. Na chegada, apresentava pressão arterial de 150/90 mmHg, frequência cardíaca de 88 batimentos por minuto, frequência respiratória de 24 movimentos respiratórios por minuto, temperatura axilar de 39,2ºC, saturação de oxigênio de 94%, Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 15, sendo inicialmente medicado com dipirona e solicitados exames laboratoriais. Paciente não aguardou resultado de exame e foi para casa. Retornou no mesmo dia, trazido por familiares, com quadro de rebaixamento do sensório, contratura muscular generalizada, afasia e ECG de 9 (abertura ocular ao chamado, resposta verbal com sons incompreensíveis e movimento de retirada).

Realizada tomografia computadorizada (TC) de crânio, sem sinais de hemorragia intracraniana, mas apresentando opacificação do seio esfenoidal e das células etmoidais à direita por sinusopatia (Figura 1 – seta), além de desarejamento de células da mastoide direita (Figura 1 – asterisco) e áreas de pneumoencéfalo (Figuras 2, 3 e 4). Realizada punção lombar com líquor apresentando pleocitose neutrofílica (2.980 p/µL com 96% neutrófilos, 2% linfócitos, 2% macrófagos), aumento de proteínas (479 mg/dL) e

[1] Acadêmico de Medicina da Universidade de Caxias do Sul (UCS).
[2] Acadêmica de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc).
[3] Residente de Medicina Interna do Hospital Nossa Senhora da Conceição.



Figura 1. Corte axial de tomografia de crânio demonstrando sinusopatia (seta) e mastoidite (asterisco) à direita

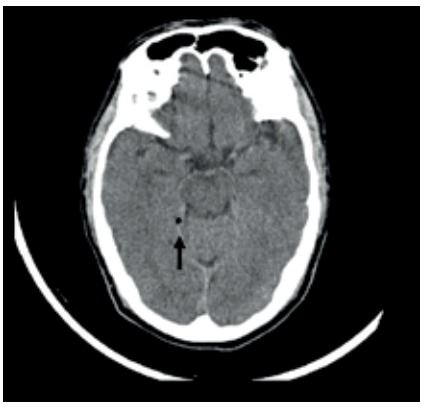


Figura 3. Corte axial de tomografia de crânio demonstrando a presença de pneumoencéfalo (seta)

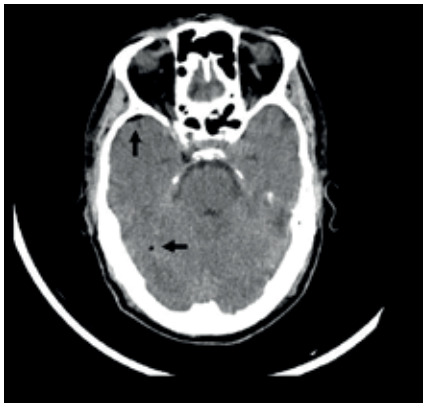


Figura 2. Corte axial de tomografia de crânio demonstrando a presença de pneumoencéfalo (setas)

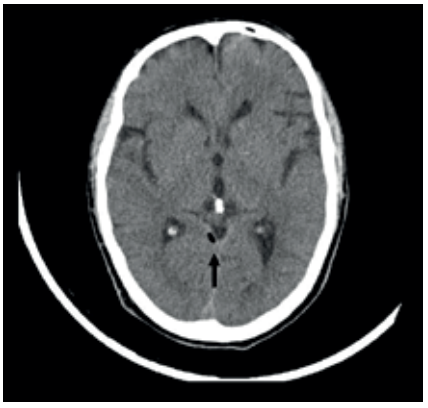


Figura 4. Corte axial de tomografia de crânio demonstrando a presença de pneumoencéfalo (seta)

de lactato (13,6 mmol/L), ausência de glicose (0 mg/dl) e bacterioscopia, apresentando diplococos Gram positivos, sendo iniciados ceftriaxone, vancomicina e dexametasona, este último nos primeiros quatro dias.

Paciente evoluiu com controle da febre e melhora do quadro neurológico (ECG de 9 para 11), apresentando períodos de agitação psicomotora. Resultado da cultura do líquor após três dias revelou *Streptococcus pneumoniae* com resistência intermediária a ceftriaxone (concentração inibitória mínima – MIC – de 1), mas sensível à vancomicina (MIC 0,5) e meropenem (MIC 0,25). Optado por escalonar ceftriaxone por meropenem para tratar infecção pulmonar concomitante.

Após sete dias da chegada, voltou a apresentar febre, elevação de proteína C reativa e rebaixamento do sensório (ECG de 6), sendo necessária intubação orotraqueal e internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse mesmo dia, iniciado aciclovir devido a lesões herpéticas orais e realizada nova TC de crânio, a qual demonstrou resolução do pneumoencéfalo, mas maior opacificação da mastoide e caixa timpânica direitas por material com densidade intermediária, sem áreas de descontinuidade óssea na mastoide, além de regressão parcial do espessamento mucoso do seio esfenoidal à direita (Figura 5). Permaneceu internado na UTI por mais 15 dias, sendo necessária traqueostomia para desmame da ventilação mecânica.

Paciente utilizou esquema de antibióticos por 16 dias, sendo os três primeiros dias com ceftriaxone e vancomicina, e os últimos 13 dias com meropenem e vancomicina.

Recebeu alta após dois meses de internação, permanecendo restrito ao leito, com sequela cognitiva importante, sem colóquio, recebendo dieta por sonda nasoentérica.

DISCUSSÃO

O pneumoencéfalo foi descrito pela primeira vez em 1866, por Thomas, em um relato de uma autópsia de um paciente vítima de trauma (3). Em 1884, Chiari relatou achados de autópsia de um paciente com pneumoencéfalo como complicação de sinusite etmoidal crônica (4).

Pneumoencéfalo é geralmente causado por trauma, mas outras causas conhecidas incluem neoplasia, neuroci-

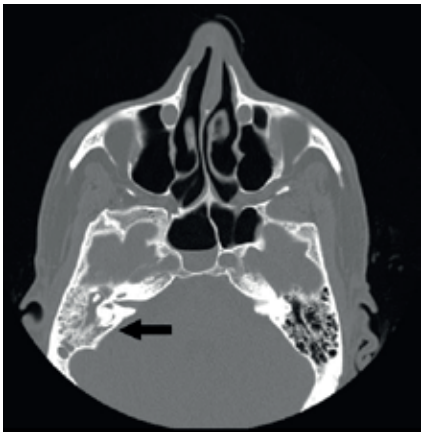


Figura 5. Corte axial de tomografia de crânio com cortes finos demonstrando desarejamento de células da mastoide direita (seta)

rurgia, otite média, necrose pós-radiação, raquianestesia e meningite por organismos produtores de gás (geralmente por *Clostridium perfringens*), tendo como causa rara a meningite pneumocócica (1,2,5,6).

Uma revisão de 295 pacientes com pneumoencéfalo por Markham, em 1967, demonstrou que o trauma é a causa mais comum (74%), seguido de neoplasia (13%), infecção (9%) e intervenção cirúrgica (4%). Dos casos de infecção, a causa mais comum foi otite média crônica, com 1% dos casos por sinusite (2).

Em um estudo sobre complicações de meningite pneumocócica analisando-se 87 pacientes, nenhum se apresentou com pneumoencéfalo. Das complicações intracranianas (75%), a maioria foi por convulsões (28%), seguido de complicações arteriais (22%) e venosas (10%) (5).

A ocorrência de pneumoencéfalo depende de dois fatores básicos que devem estar presentes em todos os casos: diferença entre a pressão extracraniana e intracraniana, sendo a primeira maior, além de um defeito no revestimento ósseo do cérebro. Nos casos de pneumoencéfalo subdural, subaracnoide ou intracerebral, deve haver também um defeito na dura-máter (2). Infecções intracranianas podem produzir gás por putrefação devido à autólise de proteínas intracelulares e decomposição de glicose (7). No caso do nosso paciente, o mecanismo mais provável foi invasão direta da cavidade esfenoide e etmoide infectadas, pois o *Streptococcus pneumoniae* não é uma espécie produtora de gás (6).

O diagnóstico pode ser feito por TC de crânio, que é capaz de detectar tão pouco quanto 0,5 mL de ar no compartimento intracraniano (7).

O pneumoencéfalo em si é geralmente benigno, e o ar intracraniano é absorvido em 85% dos pacientes durante a primeira semana. Tratamento dessa condição depende do estado clínico do paciente, da extensão e da progressão do ar aprisionado, além da sua etiologia. A maioria dos casos resolve por manejo conservador, apesar de a taxa de absorção ser incerta (7).

CONCLUSÃO

O relato apresentado mostra uma complicação rara de meningite pneumocócica: o pneumoencéfalo. Apesar de o pneumoencéfalo, por si só, ser uma patologia benigna, o paciente evoluiu com sequelas neurológicas graves, compatível com as altas taxas de sequela pela meningite pneumocócica.

REFERÊNCIAS

1. Ohe Y, Maruyama H, Deguchi I, Fukuoka T, Kato Y, Nagoya H, *et. al*. An adult case of pneumocephalus and pneumococcal meningitis with sphenoid sinusitis. Intern Med. 2012;51:1129-31.
2. Markham JW. The clinical features of pneumocephalus based upon a survey of 284 cases with report of 11 additional cases. Acta Neurochir (Wien). 1967;16:1-78.
3. Thomas L. Du pneumatocele du crane. Arch Gen Med (Paris). 1866;1:34-55.
4. Chiari H. Uber einen Fall von Luftansammlung in den Ventrikeln des menschlichen Gehirns. Ztschr f Heilk. 1884;5:383-390.
5. Kastenbauer S, Pfister HW. Pneumococcal meningitis in adults: spectrum of complications and prognostic factors in a series of 87 cases. Brain. 2003;126:223-30.
6. Apostolakos D, Roistacher K. Pneumocephalus. Mayo Clin Proc. 2007;11: 1305.
7. Kim HS, Kim SW, Kim SH. Spontaneous pneumocephalus caused by pneumococcal meningitis. J Korean Neurosurg Soc. 2013;53(4):249-51.

✉ Endereço para correspondência
Marcos Frata Rihl
Rua Prof. Antônio Vignoli, 255
95.070-561 – Caxias do Sul/RS – Brasil
☎ (54) 3218-7200
💻 marcos_rihl@hotmail.com
Recebido: 7/9/2016 – Aprovado: 24/10/2016

Siliconoma em região glútea: um desafio cirúrgico

Siliconoma

Rafael Andres[1], Iuri Zanatta[1]

RESUMO

Realizado estudo em relato de caso com finalidade acadêmica científica, mediante termo de consentimento esclarecido de paciente masculino, atendido em ambulatório do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Cristo Redentor (HCR), Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

UNITERMOS: Siliconoma, Silicone Injetável, Complicações.

ABSTRACT

A case study with a scientific academic purpose was carried out, through an informed consent form of a male patient, attended at the outpatient clinic of the Plastic Surgery Service of the Cristo Redentor Hospital (HCR), Conceição Hospital Group (GHC), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil.

KEYWORDS: *Siliconoma, Injectable Silicone, Complications.*

INTRODUÇÃO

Realizado estudo em relato de caso com finalidade acadêmica científica, mediante termo de consentimento esclarecido de paciente masculino, atendido em ambulatório do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Cristo Redentor (HCR), Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RELATO DE CASO

Paciente E.C.G. 75 anos, branco, aposentado, apresentou-se ao Serviço de Cirurgia Plástica – HCR no ano de 2016 com a queixa principal de dor e de desconforto em região lateral de coxa direita.

Na história médica pregressa, paciente informa ter sido submetido à aplicação de silicone industrial injetável em região glútea e em coxas, bilateralmente, no ano de 1981. Procedimento realizado em Buenos Aires, Argentina, em sessão única, ambiente não hospitalar e por profissional não médico, com intuito exclusivamente estético – aumento de volume local, glúteos e coxas. Paciente não soube precisar a quantidade exata, mas estima cerca de 300 ml de silicone industrial injetável em cada coxa. Relata que, nos anos de 2002 e de 2013, foi submetido a procedimentos cirúrgicos, em outros serviços de cirurgia plástica de Porto Alegre, com a finalidade de retirada do material da coxa direita, mas sem sucesso.

Após anamnese e exame físico do paciente, o diagnóstico efetuou-se, e a equipe médica do Serviço de Cirurgia Plástica – HCR propôs, primeiramente, um tratamento não cirúrgico com corticoterapia tópica e sistêmica. No entanto, não houve aceitação pelo paciente.

Na literatura médica, o tratamento invasivo do siliconoma mostra que a aspiração através de cânulas de lipoaspiração é considerada uma alternativa válida; porém, com resultados aquém do esperado, quando comparados com a ressecção cirúrgica, por não conseguir realizar de maneira efetiva toda retirada do material inerte. Dessa forma, optou-se pelo tratamento cirúrgico, com o objetivo de retirada completa do material sintético, sem prejudicar a funcionalidade do membro inferior direito.

Nesse contexto, foram realizados no pré-operatório exames de sangue, ECG e tomografia (Figura 1). No dia

[1] Cirurgião geral. Residente de Cirurgia Plástica no Hospital Cristo Redentor.

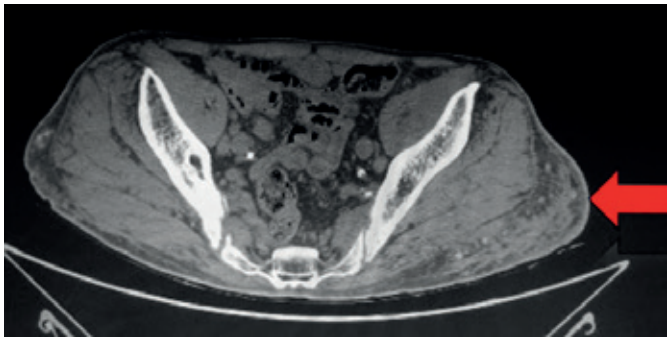


Figura 1. Tomografia da lesão (siliconoma)



Figura 2. Marcação pré-cirúrgica da região anatômica

da cirurgia, foi feita marcação prévia da região anatômica cirúrgica para incisão da pele (Figura 2), com o propósito da ressecção ampla com margem de segurança. O plano de descolamento foi suprafascial, acima do músculo (Figura 3). Hemostasia rigorosa foi aplicada no local. Plano de fechamento realizado em 3 camadas, dreno aspirativo de portovac mantido por 72 horas. Peça cirúrgica cerca de 20 x 8 cm, encaminhada para anatomopatológico (Figura 4).

DISCUSSÃO

O silicone injetável tem sido usado por mais de 60 anos e demonstrou grande procura em décadas passadas por ser de fácil acesso, muitas vezes de forma clandestina, possuir um baixo custo, ser aplicado por profissionais não médicos e em ambientes não hospitalares.

O siliconoma hoje é uma "doença" de grande relevância no meio acadêmico e nos consultórios particulares.

O objetivo deste trabalho foi retratar uma complicação comum dessa patologia (dor/desconforto local com a migração e as deformidades adquiridas), e sua principal forma de tratamento: manejo cirúrgico.



Figura 3. Planos de descolamento – profundo – transoperatório

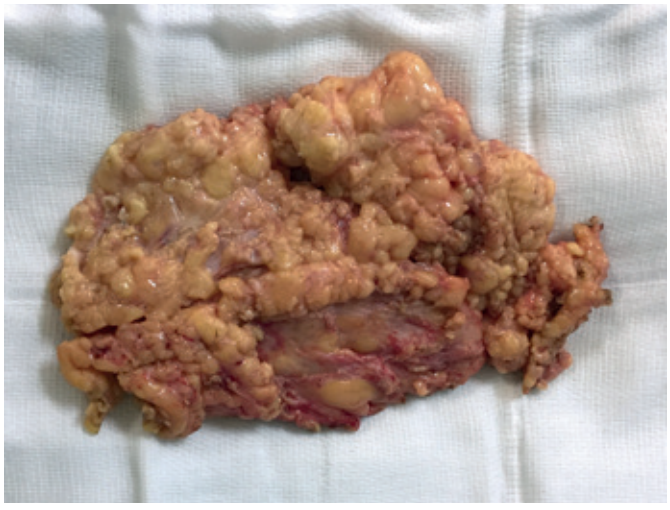


Figura 4. Peça cirúrgica – siliconoma

CONCLUSÃO

O grande processo inflamatório tecidual produz uma reação granulomatosa local que distorce e dificulta a identificação do material em meio às camadas de tecido subcutâneo e muscular, por não apresentar um plano de dissecção muito claro e bem definido. Desse modo, a ressecção isolada do material é praticamente impossível e gera um grande desafio ao cirurgião plástico, fazendo necessário um conhecimento amplo da anatomia local para a exérese, preferencialmente, em monobloco da peça, em plano único.

REFERÊNCIAS

1. Gaber. Yvonne. Secondary Lymphoedema of the Lower Leg as an Unusual Side-Effect of a Liquid Silicone Injection in the Hips and Buttocks. Dermatology 2004. 208:342-344.
2. Bravo. Bruna Souza Felix *et al*. Siliconoma: Report of Two Cases. Aesth Plast Surg (2016) 40:288-292.
3. Chui. *Christopher Hoe Kong et al*. Carbon Dioxide Laser Vaporization of Facial Siliconomas *Flash in the Pan or Way of the Future?* (*Ann Plast Surg* 2008;60: 272-275).
4. Ahuva Grubsteina *et al*. Siliconomas mimicking cancer. Clinical Imaging. (2011) 228-231.
5. Hofer S.O.P. Large volume liquid silicone injection in the upper thighs: a never ending story. Eur J Plast Surg (2000) 23:241-244.
6. Stuperek Andrew *et al*. Nonmedical-grade Injections of Permanent Fillers Medical and Medicolegal Considerations. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2013;6(4):22-29.
7. Roddi Roberto *et al*. Clinical evaluation of techniques used in the surgical treatment of progressive hemifacial atrophy. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Sureerv* (1994) 22, 23-32.
8. Silva. Renata Ferreira *et al*. Evolução de 45 anos de siliconoma de mama. Relato de caso. Com. Ciências Saúde. 2011; 22(3):271-276.
9. Mello Daniel Francisco *et al*. Complicações locais após a injeção de silicone líquido industrial – série de casos. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(1): 037-043.
10. Dornellas Marilho Tadeu *et al*. Siliconomas. Rev. Bras. Cir. Plást. 2011; 26(1): 16-21.

✉ Endereço para correspondência
Rafael Andres
Rua Luiz Afonso, 307/1105
90.050-310 – Porto Alegre/RS – Brasil
☎ (55) 3512-3405
💻 rafael_andres@hotmail.com

Recebido: 4/5/2017 – Aprovado: 14/5/2017

Tratamento da disfunção sexual feminina através da utilização de dilatadores vaginais

Treatment of female sexual dysfunction through the use of vaginal dilators

Lilian Maria Silveira Souza Santos[1], Mariana Rodrigues Gato da Silva[1], Gustavo F. Sutter Latorre[2], Luisa Braga Jorge[3]

RESUMO

Com prevalência de aproximadamente 52% das mulheres brasileiras, a disfunção sexual feminina (DSF) tem apresentado recente preocupação dos profissionais da saúde devido ao impacto causado na qualidade de vida das mulheres acometidas. O presente estudo tem o objetivo de analisar na literatura a eficácia do uso de dilatadores vaginais no tratamento das DSF. **Método:** Foi realizada uma revisão sistemática utilizando as seguintes palavras "Dilator" e "Sexual Dysfunction" nas bases de dados PEDro, Pubmed e Lilacs. Foram inclusos na pesquisa apenas os artigos que tivessem como amostra mulheres que tivessem sido tratadas de sua DSF com dilatadores. **Resultados:** Através da pesquisa realizada nos bancos de dados citados, foram obtidos 44 artigos, sendo que, destes, 10 artigos estavam duplicados e 31 artigos excluídos por não se encaixarem nos requisitos supracitados, restando apenas 3 artigos, sobre os quais foi estruturada a presente revisão. **Conclusão:** Apesar de os 3 artigos mostrarem que os dilatadores podem ajudar mulheres que sofrem de DSF, conclui-se que utilização de dilatadores não apresenta embasamento científico, devido à insuficiência de artigos abordando o tema. Sugere-se que novos estudos com este recurso sejam realizados para verificar a sua eficácia e poder contribuir com essa patologia tão desconfortável e prejudicial à qualidade de vida das afetadas.

UNITERMOS: Fisioterapia, Mulheres, Coito.

ABSTRACT

With a prevalence of approximately 52% of Brazilian women, female sexual dysfunction (FSD) has been a matter of recent concern of health professionals due to the impact on the quality of life of the women affected. The present study aims to review the literature on the efficacy of the use of vaginal dilators in the treatment of FSD. ***Method:*** *A systematic review was performed using the words Dilator and Sexual dysfunction in the PEDro, Pubmed and Lilacs databases. Only articles whose samples were women who had been treated with dilators for DSF were included in the study.* ***Results:*** *A total of 44 articles were obtained, of which 10 were duplicated and 31 were excluded for not meeting the above-mentioned requirements, leaving only three articles on which the present review was structured.* ***Conclusion:*** *Although the three articles show that dilators can help women suffering from DSF, we concluded that the use of dilators does not present a scientific basis due to the lack of studies addressing the topic. Further studies with this resource should be performed to verify its effectiveness and be able to contribute to treat this pathology, which is so uncomfortable and detrimental to the quality of life of those affected.*

KEYWORDS: *Physiotherapy, Women, Coitus.*

INTRODUÇÃO

Uma temática que tem despertado recente interesse é a sexualidade, devido, principalmente, à sua importância na qualidade de vida humana. Dessa maneira, fatores que venham influenciá-la, sejam tanto positiva quanto negativamente, merecem atenção (1).

As disfunções sexuais femininas são definidas como comprometimento do desejo e da excitação sexual, do orgasmo e/ou dor sexual que provoquem desconforto pessoal significativo, influenciam negativamente a qualidade de vida das mulheres acometidas (2). Apresenta prevalência em aproximadamente 45% das mulheres (3,4), sendo que no Brasil pesquisas obtiveram prevalência de 52%,

[1] Fisioterapeuta Pós-Graduada em Fisioterapia Pélvica.
[2] Fisioterapeuta Pélvico.
[3] Fisioterapeuta. Mestre e Doutoranda em Gerontologia Biomédica.

chamando-se atenção à insatisfação com a satisfação com a vida sexual (4).

Observa-se a expansão dos tratamentos na área da reabilitação da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e, com isso, se faz necessário um aumento das pesquisas nessa área, de maneira a trazer embasamento científico para a aplicação das técnicas. A atuação do fisioterapeuta no tratamento das disfunções do assoalho pélvico, dentre elas, a DSF, constitui um avanço relativamente recente, podendo ser uma alternativa eficaz de tratamento (4). Técnicas de exercícios específicos para a Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP), abordagem comportamental, biofeedback e eletroterapia são algumas das possibilidades de tratamento para essas pacientes (5). Nesse contexto, cabe destacar a utilização de dilatadores vaginais, dispositivos cilíndricos e de larguras diferentes, tendo como objetivo tratar a DSF.

Considerando o forte impacto que as DSFs causam na vida das mulheres, o presente estudo objetivou apresentar e discutir o estado da arte acerca do uso dos dilatadores vaginais no tratamento das disfunções sexuais femininas (DSF).

MÉTODO

Este estudo foi uma revisão sistemática utilizando-se as seguintes palavras "Dilator" e "Sexual Dysfunction" nas bases de dados Pedro, Pubmed e Lilacs. Os critérios de inclusão dos artigos no estudo foram: Estudo realizado com mulheres e que respondessem ao questionamento levantado sobre a utilização de dilatadores para o tratamento da DSF. Foram excluídos artigos que estiveram em duplicata, fora das línguas inglês, português e espanhol e que não utilizassem os dilatadores vaginais como tratamento.

RESULTADOS

Foi realizada pesquisa utilizando as palavras-chave "Dilator" e "Sexual Dysfunction" nas bases de dados Pedro, Pubmed e Lilacs, obtendo um total de 44 artigos. Na base de dados Pedro, foram encontrados 7 artigos, sendo que, desses, 2 artigos foram excluídos pois tratava-se de revisões (Bo, 2012 e Fitz *et al*, 2012). Foram encontrados 15 artigos na base Pubmed e 22 artigos na base Scielo, sendo que, desses, 10 artigos estavam duplicados (Bakker *et al* 2015, Miles *et al* 2014, Briere *et al* 2012, Edmonds *et al* 2012, Shafik *et al* 2015, Hatzimouratidis *et al* 2007, Bonner *et al* 2012, Bach *et al* 2011, Carter *et al* 2011, Friedman *et al* 2011). Dos 10 artigos duplicados em ambas as bases, 2 foram excluídos: Hatzimouratidis *et al* (2007), pois fizeram pesquisa com homens, e Miles *et al* (2014), que realizaram uma revisão. Dos artigos encontrados apenas na base Scielo, foram excluídos 7: Black *et al* (2009) e Incrocci *et al* (2010), pois realizaram pesquisa em ambos os sexos; Toledo *et al* (2003), Goel (2007) e Skelty (2010) fizeram pesquisa em ratos; Williams *et al* (1998) realiza-

Quadro 1. Descrição dos estudos (ensaios clínicos e estudo de caso) selecionados

Estudo	Desenho Metodológico	Amostra	Instrumentos de Avaliação	Efeitos Encontrados (enumerados de acordo com os desfechos avaliados)
2005 Zukerman Z. *et al*. (6)	- Grupo Estudo: Submetidos a um programa passo a passo, que consiste na realização dos exercícios musculares do esfíncter de Paula Garburg para alcançar o relaxamento da musculatura pélvica, combinada com a utilização ativa de dilatadores de tamanhos graduados. - Grupo Controle: Os pacientes foram submetidos a um tratamento comportamental com base em abordagem de Masters e Johnson, que combinava dessensibilização com a introdução ativa de dilatadores.	60 pacientes diagnosticadas com vaginismo, encaminhadas a uma clínica de terapia sexual.	Evolução da introdução ativa dos dilatadores.	Exercícios para os músculos do esfíncter de Paula Garburg associados ao uso de dilatadores vaginais são um tratamento simples, fácil e muito eficaz para o vaginismo.
2011 Bach F. *et al.* (7)	Eram utilizados dilatadores semanalmente, durante 2 meses: 3 x por dia, durante 15 a 20 minutos. Progrediam o tamanho quando a enfermeira (que acompanhava o procedimento) e a paciente estavam satisfeitas com o tamanho utilizado. Se necessário, era permitida utilização de analgésico oral ou anestésico local.	32 mulheres foram inclusas na pesquisa.	Evolução do tamanho do dilatador utilizado durante a terapia.	A taxa global de sucesso do tratamento de dilatação foi de 78%. É interessante ressaltar que 8 das 11 mulheres que haviam sido submetidos à cirurgia com diferentes técnicas demonstraram índices de satisfação semelhantes (72,7%), embora com uma gestão mais complexa.
2013 Zhu L. *et al.* (8)	Entrevistas semiestruturadas direcionadas a pacientes submetidas à vaginoplastia com malha de biomaterial da engenharia de tecidos.	30 mulheres tratadas com radioterapia / BT para cânceres ginecológicos em dois centros médicos.	Percepção de melhora avaliada através do questionário aplicado.	Observou-se que 24/32 pacientes (75%) que responderam ao questionário FSFI, a média da pontuação total FSFI foi de 26,7 ± 3,5, semelhante ao do grupo de controle (25,6 ± 7,4, P = 0,46), o que indica que o tratamento foi eficaz.

ram pesquisa em macacos; Aminsharifi *et al* 2014 fizeram pesquisa em pacientes renais. Sendo assim, do total de 44 artigos, subtraindo-se os 10 artigos duplicados e os 11 artigos excluídos, restaram 23 artigos, sendo que, desses, apenas 3 tratava-se do uso de dilatadores na DSF, sobre os quais foi estruturada a presente revisão.

Uma pesquisa envolveu pacientes diagnosticadas com vaginismo que iniciaram terapia sexual foram divididas e distribuídas aleatoriamente em dois grupos: Grupo Estudo – submetidos a um programa passo a passo, que consiste na realização dos Exercícios Musculares do Esfíncter para alcançar o relaxamento da musculatura pélvica, combinada com a utilização ativa de dilatadores de tamanhos graduados; e Grupo Controle – mulheres submetidas a um tratamento comportamental com base na abordagem de dessensibilização, ambos os protocolos/grupos combinados com a introdução ativa de dilatadores. Através desses tratamentos, os autores puderam concluir que, por meio do estudo, os exercícios para os músculos do esfíncter associados ao uso de dilatadores vaginais são um tratamento simples, fácil e muito eficaz para o vaginismo, melhorando a função sexual dos envolvidos (6).

Posteriormente, outra pesquisa, envolvendo mulheres com a Síndrome de Rokitansky, para as quais foram utilizados dilatadores semanalmente, durante 2 meses, três vezes ao dia, durante 15 a 20 minutos, buscava verificar o seu efeito. Os autores concluíram que o uso de dilatadores pode ser a primeira linha de tratamento, devido aos menores riscos quando comparados à cirurgia. A taxa global de sucesso do tratamento de dilatação foi de 78% (7).

Por fim, em ensaio controlado com pacientes vitimadas pela Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserem submetidas à vaginoplastia, buscou-se verificar o efeito de dilatadores vaginais. O ensaio orientou utilizar dilatadores vaginais de silicone no pós-operatório durante três a seis meses. Infelizmente, não houve um grupo de mulheres que passou pela cirurgia sem usar os dilatadores para que ficasse claro se o uso dos dilatadores, de fato, faz diferença na função sexual pós-operatória. Porém, através dos escores gerados pelas avaliações utilizadas, há indício de que os dilatadores melhorem a função sexual dos envolvidos (8).

DISCUSSÃO

Durante as fases iniciais do trabalho, verificamos uma importante lacuna científica quanto à escassez de ensaios clínicos utilizando dilatadores vaginais, deixando em evidência a urgência de novos estudos sobre essa temática. Do total de artigos pesquisados, apenas três tratavam do uso de dilatadores vaginais no tratamento das DSF.

Inicialmente, o estudo avaliou 60 pacientes diagnosticadas com vaginismo, submetidas ao treinamento com os "exercícios de Paula Garburg" ou ao tratamento comportamental de Masters e Johnson. Os dois grupos tiveram ainda seus respectivos tratamentos combinados à introdução ativa de dilatadores. Todas as pacientes obtiveram resultado positivo ao completar o programa, conseguiram ter intercurso completo ou a introdução de um dilatador de número seis. Com isso, os autores concluíram que o tratamento que utiliza os dilatadores é simples e eficaz no tratamento do vaginismo. Todavia, a ausência de um grupo controle, tratado unicamente com os dilatadores, impossibilitou a comparação do efeito isolado das técnicas utilizadas, sendo impossível concluir se os dilatadores foram, de fato, responsáveis ou adjuvantes do bom resultado, ou se as responsáveis pelo efeito seriam as outras terapias (6).

Atualmente, não existem fortes evidências científicas que embasem a utilização de dilatadores vaginais para o tratamento de DSF, em parte devido à insuficiência de estudos que investiguem seu uso individualmente, e ao comparar com outras técnicas. Técnicas manuais internas foram verificadas em um trabalho em 2013 como mais eficazes no tratamento de DSF, seguidas por educação do paciente, exercí-

Quadro 2. Descrição das revisões selecionadas

Estudo	Objetivo	Resultado
2005 Zukerman Z. *et al.* (6)	Avaliar de forma prospectiva e comparar uma nova abordagem para o tratamento de vaginismo baseado em exercícios para os músculos do esfíncter de Paula Garburg para a abordagem tradicional baseada na Masters & Johnson.	Todos os pacientes participantes completaram o programa e obtiveram um resultado positivo, conseguindo ter intercurso completo ou a introdução de um dilatador de número 6. Foi obtido como média do número de sessões de tratamento necessários 4,9 +/- 1,4 no grupo estudo e 7,4 +/-i3,5 no grupo controle.
2011 Bach F. *et al.* (7)	Analisar os resultados da utilização de dilatadores em pacientes com Síndrome Rokitansky.	Foi observado que o uso de dilatadores pode ser a primeira linha de tratamento, devido aos menores riscos quando comparados a cirurgias. A duração do tratamento foi menor naqueles que haviam tentado relação sexual antes do tratamento com uma média de 96 dias (intervalo: 1 a 348 dias), em comparação com 271 dias (intervalo: 4 a 985 dias) em pacientes sem atividade sexual antes.
2013 Zhu L. *et al.* (8)	Avaliar os resultados anatômicos e sexuais em pacientes submetidos à vaginoplastia com malha de biomaterial da engenharia de tecidos.	Não houve complicações intraoperatórias graves durante um seguimento médio de 21,1 meses; a taxa de sucesso anatômico foi de 100%, e todos os pacientes ficaram satisfeitos com sua imagem corporal. No pós-operatório, 42 pacientes foram acompanhados por mais de 1 ano, e 32 deles eram sexualmente ativos.

cios de dilatação e exercícios em casa. Neste mesmo estudo, foi verificado que, mesmo sendo relatada melhora das pacientes com o tratamento fisioterapêutico, as pacientes apresentavam escores indicativos de medo, ansiedade e dor após o tratamento. Sendo assim, se faz importante reconsiderar a utilização de dilatadores no tratamento da DSF (68).

Posteriormente, uma pesquisa avaliou 32 mulheres com má formação vaginal – com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauserem. As participantes foram orientadas a utilizar dilatadores semanalmente, durante dois meses, em uma frequência de três vezes ao dia e durante 15 a 20 minutos. Apesar de um terço das mulheres ter sido tratada com cirurgia, a taxa global de sucesso do tratamento de dilatação foi de 78% (7). Na mesma linha, o ensaio controlado com 53 pacientes vitimadas pela mesma síndrome e submetidas à vaginoplastia com material biológico de engenharia tecidual matriz dérmica acelular demonstrou como o uso de dilatadores vaginais de silicone no pós-operatório, neste caso, foi suficiente para que a pontuação de função sexual pelo FSFI do grupo teste não apresentasse diferença estatística significativa, quando comparada ao grupo controle. Infelizmente, não houve um grupo de mulheres que passou pela cirurgia sem usar os dilatadores para que ficasse claro se o uso dos dilatadores, de fato, faz diferença na função sexual pós-operatória (8).

Pode-se observar que o uso de dilatadores apresentou resultados positivos para as mulheres com má formação vaginal e no pós-operatório de vaginoplastia. Entretanto, os resultados foram inconclusivos quanto à eficácia do tratamento em mulheres com vaginismo, particularmente devido à ausência de grupo que avaliasse seu uso isolado no tratamento. Quanto à radioterapia, mesmo ante resultados positivos, os resultados foram isolados em grupos pequenos de estudo, o que sugere a necessidade de pesquisas maiores e controladas, com grupos populacionais mais amplos.

Outro ponto importante é a adesão ao tratamento: dois artigos (10,11) realizaram estudos semelhantes sobre a adesão e utilização de dilatadores após a braquiterapia. Ambos observaram que a maior barreira na avaliação dos resultados da terapêutica residiu na baixa adesão às recomendações para o uso dos dilatadores, concluindo sobre a necessidade de melhor direcionamento às pacientes na utilização dos dispositivos.

Há que se considerar a necessidade da criação de parâmetros no uso dos dilatadores, de maneira a facilitar o entendimento das usuárias, estimulando-as com relação ao seu uso e melhorando sua aceitação. Outro fator importante a se considerar é a informação e a quebra de tabus quanto ao uso dos dilatadores junto às pacientes.

CONCLUSÃO

É demasiadamente escassa a literatura a respeito da eficácia do uso de dilatadores vaginais no tratamento da DSF. Urgem novos estudos sobre o assunto e mais informações dos profissionais da saúde para com as pacientes, favorecendo a aceitação e aderência ao tratamento.

À exceção do acompanhamento pós-operatório de neovaginas, não houve ensaios clínicos demonstrando diretamente a eficácia do uso de dilatadores no tratamento de DSF como o vaginismo. A propósito, há evidências hoje de que síndromes dolorosas, como o vaginismo, podem ser etiologicamente de cunho cinesiológico-funcional, provocadas inicialmente pela hiperatividade muscular. Confirmado isso, o uso de dilatadores, uma modalidade mecânica de tratamento, ao ser realizado sobre uma musculatura hiperativa, problema neurológico e funcional, perde seu objetivo, de modo que os dispositivos, para esses casos, podem estar sendo utilizados de maneira equivocada. Torna-se importante repensar e ponderar a utilização dos dilatadores para o tratamento de DSF.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, BN; GONDIMILL, AN; PACHECOLL, JS; PITOMBEIRA, HCS; GOMES, LF; DAMASCENO, AKC. Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. Rev. Eletr. Enf. 2011;13(3):464-73.
2. BASSON, R; BERMAN, J; BUENETT, A; DEROGATIS, L; FERGUSON, D; FOURCROY, J, *et al*. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000; 163(3):888-93.
3. LAUMANN, EO; PAUIK, A; LAUMANN, EO; PAUIK, A; ROSEN, RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999;281(6):537-44.
4. LEWIS, RW; FUGL-MEYER, KS, BOSCH, R; FGL-MEYER, AR, LAUMANN, EO; LIZZA, E; et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. J Sex Med. 2004;1(1):35-9.
4. ROSENBAUM, TY. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. J Sex Med. 2007;4(1):4-13.
5. ROSENBAUM, TY; BEN-DROR, I. The Role of Physical Therapy in Female Sexual Dysfunction. Harefuah. 2009;148(9):606-10,657.7.
6. ZUKERMAN, Z; ROSLIK, Y; ORVIETO, R. Treatment of vaginismus with the Paula Garburg sphincter muscle exercises. Harefuah. 2005;144(4):246-8.
7. BACH, F; GLANVILLE, AH. An observational study of women with mullerian agenesis and theirneed for vaginal dilator therapy. FertilSteril. 2011;96(2):483-6.
8. ZHU, L; ZHOU, H; SUN, Z; LOU, W; LANG, J. Anatomic and sexual out comes after vaginoplasty using tissue-engineered biomaterial graft in patients with Mayes-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: a new minimally invasive and effective surgery. J Sex Med. 2013;10(6):1652-8.
9. REISSING, ED; ARMSTRONG, HL; ALLEN, C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. J Sex Marital Ther. 2013;39(4):306-20.
10. FRIEDMAN, LC; ABDALLAH, R; SCHULUCHTER, M; PANNEERSELVAM, A; KUNOS, CA. Adherence to vaginal dilation following high dose rate brachyterapy for endometrial cancer. Int J RadiatOncolBiolPhys, 2011;80(3):751-7.
11. BAKKER, RM; VERMMER, WM; CREUTZBERG, CL; MENS, JW; NOUT, RA. Ter Kuile MM. Qualitative accounts of patients determinants of vaginal dilator use after pelvic radiotherapy. J Sex Med. 2015;12(3):764-73.

✉ Endereço para correspondência
Luisa Braga Jorge
Av. Ipiranga, 3491/411
90.610-001 – Porto Alegre/RS – Brasil
☎ (53) 3242-2924
lbragajorge@hotmail.com

Recebido: 30/6/2017 – Aprovado: 6/11/2017

Fisioterapia na disfunção do orgasmo feminino

Physiotherapy in female orgasm dysfunction

Amanda S. Coelho[1], Gustavo F. Sutter Latorre[2], Luisa Braga Jorge[3]

RESUMO

O tratamento da fisioterapia na disfunção sexual feminina (DSF) vem crescendo devido aos seus bons resultados na prática clínica. Dentre as disfunções sexuais femininas, apresenta-se a disfunção do orgasmo feminina (DOF), que vem sendo observada nas queixas das pacientes. O objetivo deste trabalho foi buscar evidências do tratamento da fisioterapia na DOF, através de uma revisão sistemática nas bases de dados Pubmed, BVS e Pedro, no período de 2004 a 2015, com as palavras-chave disfunção sexual feminina e fisioterapia. Foram analisados 234 resumos em que foram incluídos apenas ensaios clínicos, resultando em doze artigos utilizados nesta pesquisa. Foram excluídos artigos de revisão, artigos que não abordavam o tema, artigos com tratamento cirúrgico, farmacológico e/ou terapias alternativas. Dos artigos utilizados, todos indicaram melhora da função sexual. Foram utilizadas técnicas que variaram desde exercícios para os músculos do assoalho pélvico (EMAP), as terapias manuais, a eletroestimulação, o biofeedback por EMG, até terapias mais recentes como a terapia manual de tecidos moles e aparelhos que aumentam a vascularização local do clitóris. Foram encontrados poucos ensaios clínicos do tratamento fisioterapêutico na DOF, porém os estudos encontrados mostram efeitos positivos e melhorias na DOF com a fisioterapia.

UNITERMOS: Disfunção Sexual Feminina, Fisioterapia, Orgasmo.

ABSTRACT

Treatment of female sexual dysfunction (FSD) with physiotherapy has been increasing due to its good results in clinical practice. Female sexual dysfunctions include the female orgasm dysfunction (FOD), which has been observed in patients' complaints. The aim of this study was to search for evidence of treatment with physiotherapy for DOF through a systematic review in Pubmed, VHL and PEDro databases, from 2004 to 2015, using female sexual dysfunction and physical therapy as keywords. We analyzed 234 abstracts including only clinical trials, which resulted in 12 articles used in this review. Review articles, articles that did not address the topic, and articles with surgical and pharmacological treatment and/or alternative therapies were excluded. All of the articles used indicated an improvement in sexual function. Techniques ranging from strengthening exercises for pelvic floor muscles (SEPFM), manual therapies, electro-stimulation, EMG biofeedback, to more recent therapies such as manual soft tissue therapy and devices that increase clitoral vascularization have been used. Few clinical trials of the physiotherapeutic treatment were found in DOF, but the studies found show positive effects and improvements in DOF with physiotherapy.

KEYWORDS: *Female Sexual Dysfunction, Physiotherapy, Orgasm.*

INTRODUÇÃO

A Disfunção Sexual Feminina (DSF) é um problema que atinge grande parte da população feminina no Brasil e no mundo. A disfunção sexual feminina incide em 20 a 50% da população feminina (1). No Brasil, estudos mostram que cerca de 29,3% das mulheres têm disfunção orgásmica, 21,1% têm dor durante a relação sexual e 34,6% sentem falta de desejo sexual (2). Fora do Brasil, como, por exemplo, nos Estados Unidos, esse valor é um pouco mais alto, sendo que 43% das mulheres possuem algum tipo de disfunção sexual.

[1] Fisioterapeuta. Pós-graduada em fisioterapia pélvica.
[2] Fisioterapeuta pélvico. Mestre em Fisioterapia.
[3] Fisioterapeuta. Pós-graduada em Fisioterapia Pélvica. Mestre e Doutoranda em Gerontologia Biomédica.

Os aspectos psicológicos e emocionais, como estresse e conflitos emocionais, são umas das causas da DSF (3). A função e a resposta sexual podem ser prejudicadas em mulheres devido a fatores psicogênicos, vasculogênicos, neurogênicos, hormonais e musculogênicos, bem como a etnia, a idade, a religião, o grau de instrução e o estado civil (3,4).

A Disfunção do Orgasmo Feminino (DOF) vem sendo observada em avaliações fisioterapêuticas, em que, muitas vezes, a mesma não é a queixa principal das pacientes. Na DOF, temos a anorgasmia, na qual a mulher não consegue chegar ao orgasmo, e a disorgasmia, em que há a dificuldade em alcançá-lo. Já existem tratamentos para a DOF, incluindo o tratamento fisioterapêutico, que vem apresentando bons resultados com a eletroestimulação, e os EMAP, dentre outras técnicas (4,5,6). Entretanto, especificamente há pouco na literatura sobre esses dois tipos de disfunção orgástica, sendo necessários mais estudos (6).

O objetivo do presente estudo foi buscar evidências do tratamento da fisioterapia em ensaios clínicos e seus efeitos sobre a DOF.

MÉTODO

A coleta de dados deste estudo de revisão sistemática foi realizada de agosto a outubro de 2015 nas bases de dados *Pubmed, BVS* e *Pedro*, sendo incluídos apenas ensaios clínicos que abordam o tema. Foram encontrados artigos científicos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas bases de dados no período de 2004 a 2015. Nas bases *Pubmed* e *BVS*, foram pesquisadas as palavras-chave disfunção sexual feminina e fisioterapia, em inglês. Já na base *Pedro*, foi pesquisada somente a palavra-chave disfunção sexual feminina, também em inglês. Após leitura dos resumos, foram excluídos os artigos de revisão, além de artigos que não abordavam o tema. Artigos que abordavam tratamentos sem intervenção fisioterapêutica, como tratamento farmacológico, cirúrgico, e/ou terapias alternativas, também foram excluídos. Na base *Pubmed*, foram encontrados 162 artigos, sendo que 133 foram excluídos por serem artigos de revisão, e 20 por não abordarem o tema e/ou por não terem abordagem fisioterapêutica. Na base *BVS*, retornaram da busca 63 artigos, dos quais foram incluídos apenas três, 60 foram excluídos por não abordarem o tema e/ou não realizarem a intervenção fisioterapêutica. Na base *Pedro,* retornaram da busca seis artigos. Nenhum foi incluído, pois 2 são artigos de revisão, 1 não aborda o tema, 1 não houve tratamento fisioterapêutico, e 2 são artigos repetidos das bases *Pubmed* e *BVS*.

RESULTADOS

Um estudo buscou determinar a eficácia da terapia manual de tecidos moles no aumento do orgasmo e na diminuição da dispareunia em mulheres com aderências abdominopélvicas, onde as pacientes receberam a técnica de terapia manual de tecidos moles para dor abdominopélvica ou disfunção sexual. Foi observada melhora significativa, tanto no aumento do orgasmo quanto na diminuição da dispareunia, em 91,3% das pacientes (1).

Um outro trabalho avaliou a eficácia de um aparelho que criava um vácuo sobre o clitóris, no intento de melhorar especialmente a vascularização local, para melhorar os sintomas da disfunção sexual em pacientes com câncer de colo do útero. As pacientes submetidas ao tratamento utilizaram o aparelho por três meses, durante as preliminares do ato sexual e na autoestimulação. Os autores concluíram após o término que houve alívio na disfunção sexual destas pacientes com câncer de colo do útero (6).

Em relação à terapia neuromodulativa, uma pesquisa avaliou o efeito da mesma na função sexual de 121 pacientes com disfunção do trato urinário inferior, as quais foram tratadas durante 12 semanas com neuromodulação percutânea tibial. Para eles, ficou comprovado o efeito positivo da terapia neuromodulativa no funcionamento sexual, melhorando a qualidade de vida sexual dos afetados (7).

Um trabalho verificou o efeito de um programa supervisionado de exercícios dos músculos do assoalho pélvico (EMAP) sobre a função sexual de mulheres com incontinência urinária de esforço. Os envolvidos na pesquisa realizaram EMAP por 12 meses, sendo que 38,1% tiveram diminuição de episódios de incontinência. Verificou-se também o efeito positivo do EMAP supervisionado sobre a função sexual feminina (8).

Posteriormente, o tratamento da disfunção orgástica utilizando a fisioterapia especializada foi relatado em estudo de caso. A paciente com queixa de dor pélvica unilateral durante o orgasmo foi tratada com a fisioterapia pélvica, que pode desempenhar um papel importante na resolução da disfunção sexual de certos pacientes (9).

Uma pesquisa avaliou o efeito do EMAP sobre as disfunções sexuais femininas. As pacientes foram tratadas durante 10 sessões. Após essas sessões, houve melhora total das queixas sexuais em 69% das pacientes, sendo que 35% tiveram melhora do transtorno orgástico, além de melhora significativa na função dos músculos do assoalho pélvico (10).

Houve uma análise prospectivamente sobre o efeito do treinamento precoce dos músculos do assoalho pélvico após o parto na função sexual envolvendo dois grupos de tratamento, onde o primeiro realizou EMAP orientado pelo profissional e o segundo realizou EMAP instruído por um folheto de exercícios. Após o término do tratamento, observou-se que os escores dos domínios desejo e dor foram significativamente melhores no sétimo mês, em comparação com o quarto mês em ambos os grupos. No entanto, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação sexual foram melhores no sétimo mês apenas para o grupo diretamente orientado; porém, esta observação não alcançou significância estatística (11).

O tratamento fisioterapêutico especializado de uma paciente com anorgasmia foi descrito em outro estudo de caso. A paciente foi tratada com eletroestimulação, biofeedback,

Tabela 1. Amostra dos artigos utilizados na revisão

Autor/ ano	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão	Tratamento
Sacomori *et al.* 2015 (5)	Avaliar os preditores de melhora da função sexual em mulheres com IU	54 mulheres com IU tratadas com exercícios para os músculos do assoalho pélvico (EMAP) durante 1 mês e EMAP em casa por 2 meses. A função sexual foi medida com o quociente sexual feminino. Força muscular foi medida com a Escala de Oxford modificada. IU foi medida com o International Consultation on Incontinence Questionare-Shortform (ICIQ-SF).	A média do quociente sexual foi de 64,7 antes do tratamento e 73,5 depois do tratamento	EMAP pode melhorar a função sexual de mulheres que já apresentavam disfunção sexual no início do estudo	EMAP
Braekken *et al.* 2014 (15)	Avaliar os efeitos do EMAP na função sexual de mulheres com prolapso pélvico	50 mulheres foram tratadas com EMAP e conselhos de estilo de vida e 59 mulheres tratadas apenas com conselhos de estilo de vida, durante 6 meses. Os efeitos foram medidos com o Questionário de Prolapso de Órgãos Pélvicos (QPOP) e entrevista semiestruturada.	39% das mulheres do grupo do EMAP tiveram melhora da função sexual	EMAP pode melhorar a função sexual de mulheres com prolapso pélvico	EMAP
Lucio *et al.* 2014 (14)	Avaliar o impacto de um programa de reabilitação para tratar sintomas do trato urinário inferior na disfunção sexual de mulheres com esclerose múltipla	30 mulheres divididas em 3 grupos, onde foram tratadas com: grupo 1 – EENM sacral, TMAP, EMG biofeedback; grupo 2 – EENM intravaginal, TMAP, EMG biofeedback; grupo 3 – EENM tibial, TMAP, EMG biofeedback, por 12 semanas. As avaliações foram feitas antes e após o tratamento com Perfect e Female Sexual Function Index Questionnaire (SFIQ)	100% dos grupos tiveram melhoras na força, no tônus e na flexibilidade dos MAP e todos domínios do FSFI Questionnaire	TMAP sozinho ou em combinação com EENM intravaginal ou ENTT contribui para a melhora da disfunção sexual de mulheres com esclerose múltipla	***Eletroterapia:*** *EENM sacral* FES – parâmetros: Largura de pulso: 50 ms Frequência: 2 hz T on: 2 s T off: 60 s Tempo de aplicação: 30 min *EENM intravaginal* FES – parâmetros: Largura de pulso: 200 ms Frequência: 10hz Tempo de aplicação: 30 min Intensidade: máxima tolerada pelo paciente *EENM tibial* FES – parâmetros: Largura de pulso: 200 ms Frequência: 10 hz Tempo de aplicação: 30 min
Yih *et al.* 2013 (13)	Avaliar as alterações na função sexual em mulheres submetidas à neuromodulação para sintomas miccionais	167 mulheres tratadas com neuro-modulação sacral por 12 meses. Os efeitos foram medidos com FSFI.	De 167 mulheres avaliadas, houve melhora total nos escores do FSFI, melhoras no desejo, orgasmo, satisfação e dor	A neuromodulação sacral para sintomas miccionais pode melhorar a função sexual em mulheres	Eletroterapia
Piassarolli *et al.* 2010 (10)	Avaliar o efeito do treinamento da musculatura do assoalho pélvico sobre as disfunções sexuais femininas	26 mulheres foram tratadas com 10 sessões de TMAP. Os efeitos foram medidos com o FSFI, Escala de Oxford modificada, EMG.	69% tiveram melhora total das queixas sexuais, sendo que 35% tiveram melhora do transtorno orgástico	O TMAP melhora a função sexual, bem como a força dos MAP	TMAP
Zahariou *et al.* 2008 (9)	Avaliar o efeito de um programa de EMAP supervisionado na função sexual, em um grupo de mulheres com diagnóstico urodinâmico de incontinência urinária de esforço, através de um questionário validado	70 mulheres realizaram EMAP por 12 meses. O efeito foi avaliado com FSFI.	38,1% tiveram diminuição de episódios de incontinência; melhora nos escores totais do FSFI – 20,3 – 26,8	Foi comprovada a melhora da função sexual com um programa de EMAP supervisionado	EMAP supervisionado

Tabela 1. Continuação

Autor/ ano	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão	Tratamento
Lukacz *et al.* 2004 (17)	Determinar a eficácia da terapia manual de tecidos moles no aumento do orgasmo e na diminuição da dispareunia em mulheres com aderências abdominopélvicas	23 mulheres receberam terapia manual de tecidos moles para dor abdominopélvica ou disfunção sexual. Avaliadas através do FSFI, e de 3 escalas de 10 pontos, com níveis de pior dor, melhor dor, e nível médio de dor.	91,3% dos pacientes obtiveram melhoras significativas, sendo aumento do orgasmo e diminuição da dispareunia	Foi determinada a eficácia da terapia manual de tecidos moles para disfunção sexual, como disfunção do orgasmo e dispareunia, bem como para melhora do desejo, excitação, lubrificação e satisfação	Terapia manual de tecidos moles
Citak *et al.* 2010 (11)	Avaliar prospectivamente o efeito do treinamento precoce do MAP após o parto na função sexual	75 mulheres, onde 38 do grupo controle realizaram EMAP orientadas pelo profissional, e 37 do grupo de treinamento realizaram EMAP instruídas por um folheto de exercícios. Avaliadas com Escala de Oxford modificada com EPI-NO, e FSFI.	Desejo e dor foram significativamente maiores no sétimo mês em comparação com o quarto mês em ambos os grupos. No entanto, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação sexual foram melhorados no sétimo mês no grupo treinamento, mas não significativamente no grupo controle	O treinamento precoce do MAP tem efeito positivo sobre a disfunção sexual no pós- parto	TMAP
Van Balken *et al.* 2006 (6)	Avaliar o efeito da disfunção do trato urinário inferior e sua terapia neuromodulativa no funcionamento sexual	121 pacientes tratadas com neuromodulação percutânea tibial por 12 semanas. Questionário aplicado antes e após o tratamento.	Houve melhora da satisfação geral, libido e frequência da atividade sexual	A terapia neuromodulativa na disfunção do trato urinário inferior possui efeito positivo no funcionamento sexual	***Eletroterapia:*** *EENM percutânea tibial* Largura de pulso: 200 ms Frequência: 20hz Intensidade: 10 ma
Schroder *et al.* 2005 (8)	Avaliar a eficácia do aparelho de terapia do clitóris (Eros Therapy) para aliviar a disfunção sexual em pacientes com câncer de colo do útero	13 pacientes utilizaram aparelho por 3 meses, durante as preliminares e autoestimulação. Avaliadas através do FSFI, Derogatis Interview for Sexual Functioning (DIFF) e Dyadic Adjustment Scale.	No FSFI, a mediana aumentou de 17 para 29,4 em todos domínios; no DIFF, a mediana aumentou de 46 para 95.	O aparelho pode aliviar a disfunção sexual de pacientes com câncer de colo do útero	Eletroterapia
Harris *et al.* 2009 (7)	Relatar o sucesso do tratamento da disfunção orgásmica utilizando fisioterapia especializada	1 paciente com queixa de dor pélvica unilateral durante o orgasmo recebeu fisioterapia especializada como tratamento	Não mostrado no resumo (artigo não disponível)	Fisioterapia especializada pode desempenhar um papel importante na resolução de disfunção sexual em certos pacientes	Fisioterapia especializada
Carboni 2013 (12)	Descrever o tratamento de fisioterapia em uma mulher com anorgasmia	1 paciente tratada com eletroterapia biofeedback, terapias manuais, massagens no assoalho pélvico e exercícios de Kegel, durante 20 sessões	Com 12 sessões, a paciente era capaz de realizar um orgasmo durante a masturbação, e após 20 sessões, a paciente era capaz de ter orgasmo na relação sexual	Estudos mais controlados são necessários para validar o sucesso da intervenção da fisioterapia	Eletroterapia

terapias manuais, massagens no assoalho pélvico e EMAP, durante 20 sessões. Com 12 sessões, a paciente era capaz de realizar um orgasmo durante a masturbação e, após 20 sessões, a paciente era capaz de ter orgasmo na relação sexual, em que foi possível observar uma ótima resposta ao tratamento fisioterapêutico neste caso de anorgasmia (12).

Uma pesquisa estudou as alterações na função sexual em mulheres submetidas à neuromodulação para sintomas miccionais. Concluíram que a neuromodulação sacral, mesmo quando voltada ao tratamento de disfunções urinárias, parece apresentar efeitos positivos sobre a função sexual de mulheres (13).

Um outro trabalho pesquisando sobre o impacto de um programa de reabilitação para tratar sintomas do trato urinário inferior na disfunção sexual de mulheres com esclerose múltipla constatou que os EMAP sozinhos ou em combinação com a EENM intravaginal ou EENM tibial contribuíram para melhora significativa da disfunção sexual de mulheres com esclerose múltipla (14).

Outra pesquisa buscando verificar os efeitos do EMAP na função sexual de mulheres com prolapsos genitais em mulheres dividiu a amostra em dois grupos, as que realizaram o EMAP e conselhos de estilo de vida, e outro grupo apenas com conselhos de estilo de vida, durante seis meses. Após essa intervenção, do grupo EMAP, 39% tiveram melhora da função sexual. Dessa forma, foi demonstrado o efeito positivo do EMAP na função sexual de mulheres com prolapso pélvico e a eficácia da fisioterapia nessa relação (15).

Um trabalho verificou os preditores de melhora da função sexual em mulheres com incontinência urinária. Mulheres que tinham incontinência urinária (IU) foram tratadas com EMAP por fisioterapeuta durante um mês, e EMAP em casa por dois meses. Após esse tratamento, a média do quociente sexual foi de 64,7 antes do tratamento e aumentou para 73,5 depois do tratamento, demonstrando que os EMAP podem melhorar a função sexual de mulheres com disfunção sexual (16). Como mostra a Tabela 1.

DISCUSSÃO

Foram encontrados poucos ensaios clínicos utilizando a fisioterapia pélvica para a disfunção sexual feminina. Dos estudos utilizados nesta revisão sistemática, observamos que as técnicas empregadas pelos autores são os EMAP, as terapias manuais, a eletroestimulação, o biofeedback por EMG. Pouco mais da metade dos ensaios clínicos tratou seus pacientes com EMAP. Outros utilizaram a eletroestimulação isolada ou em combinação com outras técnicas. Foram vistas também terapias mais recentes, como a terapia manual de tecidos moles e aparelhos que aumentam a vascularização local do clitóris, ambos a fim de melhorar os sintomas da disfunção sexual feminina. Nos estudos com EMAP e na eletroestimulação, principalmente, foram obtidas melhoras significativas dos sintomas e das queixas apresentados, como anorgasmia, dispareunia, diminuição da frequência da atividade sexual, dentre outros. Alguns autores não descreveram na metodologia a técnica utilizada.

CONCLUSÃO

Como pode ser observado na literatura, a disfunção sexual feminina vem sendo estudada a fim de buscar evidências científicas para melhor atender às pacientes acometidas. Faz-se necessária a realização de estudos que apresentem os tratamentos da fisioterapia pélvica em pacientes com disfunção sexual, com maior número de população e com a existência de grupos controle, a fim de concluir melhor os resultados e garantir assim a eficácia da técnica para a prática clínica.

Todavia, vimos na literatura que as intervenções fisioterapêuticas para a disfunção sexual apresentam efeitos positivos e melhorias na disfunção sexual feminina.

REFERÊNCIAS

1. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R,Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000;163(3):888-93.
2. Abdo CHN, Oliveira Junior WM, Moreira Junior ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. Rev Bras Med. 2002;59(4):250-7.
3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999;281(6):537-44.
4. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(3):139-43.
5. Sacomori C, Cardoso FL. Predictors of improvement in sexual function of women with urinary incontinence after treatment with pelvic floor exercises: a secondary analysis. J Sex Med. 2015;12(3):746-55
6. Van Balken MR, Vergunst H, Bemelmans BL. Sexual functioning in patients with lower urinary tract dysfunction improves after percutaneous tibial nerve stimulation. Int J Impot Res. 2006;18(5):470-5
7. Harris GB, Markowski M. Successful treatment of orgasmic dysfunction using specialized physical therapy: a case report. J Reprod Med; 2009;54(8):520-2.
8. Schroder M, Mell LK, Hurteau JÁ, Collins YC, Rotmensch J, Waggoner SE, Yamada SD, Small W, Mundt AJ. Clitoral therapy device for treatment of sexual dysfunction in irradiated cervical cancer patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2005;61(4):1078-86.
9. Zahariou AG, Karamouti MV, Papaioannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008;19(3):401-6.
10. Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira NO, Osis MJ. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. Disponível em: Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(5):234-40.
11. Citak N, Cam C, Arslan H, Karateke A, Tug N, Ayaz R, Celik C. Postpartum sexual function of women and the effects of early pelvic floor muscle exercises. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010;89(6):817-22.
12. Carboni C. Female sexual dysfunction. A physiotherapy treatment case study. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/CN-01010727> Acesso em: 24 out. 2015
13. Yih JM, Killinger KA, Boura JA, Peters KM. Changes in sexual functioning in women after neuromodulation for voiding dysfunction. 2015;10(10) 2477-2483. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2344535 > Acesso em: 04 set. 2015.
14. Lucio AC, D'anconA CA, Lopes MH, Perissinotto MC, Damasceno BP. The effect of pelvic floor muscle training alone or in combination with electrostimulation in the treatment ofsexual dysfunction in women with multiple sclerosis. Mult Scler. 2014;20(13):1761-8.
15. Braekken IH, Majida M, Ellström Engh M, Bø K. Can pelvic floor muscle training improve sexual function in women with pelvic organ prolapse? A randomized controlled trial. J Sex Med. 2015;12(2):470-80.
16. Wurn LJ, Wurn BF, King CR, Roscow AS, Scharf ES, Shuster JJ. increasing orgasm and decreasing dyspareunia by a manual physical therapy technique. Disponível em: MedGenMed. 2004;14(4):4-47.
17. Lukacz ES, Lawrence JM, Burchette RJ, Luber KM, Nager CW, Buckwalter JG. The use of Visual Analog Scale in urogynecologic research: a psychometric evaluation. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(1):165-70.

✉ Endereço para correspondência
Luisa Braga Jorge
Av. Ipiranga, 3491/411
90.610-001 – Porto Alegre/RS – Brasil
☎ (53) 3242-2924
lbragajorge@hotmail.com

Recebido: 5/7/2017 – Aprovado: 6/11/2017

Adenocarcinoma primário de tuba uterina: uma rara neoplasia maligna ginecológica

Primary adenocarcinoma of the uterine tube – a rare gynecological malignancy

Luís Felipe Teixeira Neumaier[1], Camila de Moura Turchiello[2], Carolina Perez Moreira[2], Paulo Ricardo Rossi Sitya[3], Érida Thayná Ribeiro[2], Gabriel Cabeda Spalding Alves[2], Rafaela Carlini Angonese[2]

RESUMO

O adenocarcinoma primário de tuba uterina é raro, sendo responsável por 0,14-1,8% dos cânceres genitais femininos. No presente trabalho, é relatado o caso de uma paciente de 41 anos que buscou atendimento em ambulatório de ginecologia por dor em baixo ventre e corrimento serossanguinolento via vaginal há 5 meses. Trouxe ecografia transvaginal que apresentava imagem nodular sólida, heterogênea, em contiguidade com o ovário direito e exame CA125 de 35,9 U/ml. Foram realizadas salpingectomia bilateral e ooforectomia videolaparoscópica à direita e diagnosticou-se, através de anatomopatológico, adenocarcinoma seroso pouco diferenciado da tuba uterina com invasão de serosa de ovário. A paciente foi, então, encaminhada ao serviço de oncologia para continuidade do tratamento.

UNITERMOS: Tubas Uterinas, Adenocarcinoma, Neoplasias.

ABSTRACT

Primary adenocarcinoma of the uterine tube is rare, accounting for 0.14-1.8% of female genital cancers. In the present study, we report the case of a 41-year-old female patient who sought care in an outpatient gynecology clinic due to lower belly pain and serosanguineous vaginal discharge for 5 months. She brought a transvaginal echography showing a solid, heterogeneous nodular image in contiguity with the right ovary and CA125 examination of 35.9 U/ml. Bilateral salpingectomy and videolaparoscopic oophorectomy were performed on the right side, and with anatomopathological examination, serovar adenocarcinoma of the uterine fallopian tube with invasion of the ovary was diagnosed. The patient was then referred to the oncology service for continued treatment.

KEYWORDS: *Uterine Tubes, Adenocarcinoma, Neoplasms.*

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma primário de tuba uterina é responsável por 0,14-1,8% dos cânceres genitais femininos (1), e sua incidência é de 3,6 casos/milhão/ano (2). Quanto à frequência, o principal tipo histológico é o adenocarcinoma seroso (2,3), correspondendo a 90% dos casos (2). A suspeita diagnóstica costuma surgir com o aparecimento de sangramento vaginal pós-menopausa ou *spotting* com curetagem negativa (1). O uso de exames de imagem, como ultrassonografia transvaginal (USTV), tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), auxilia no diagnóstico e estadiamento, mas a confirmação diagnóstica só ocorre pelo exame histopatológico (3).

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 41 anos, buscou atendimento no ambulatório de ginecologia com queixa de dor em baixo ventre e corrimento serossanguinolento por via vaginal há 5 meses. Ao exame especular, apresentava sangramento vaginal em pequena quantidade e colo sem lesões visíveis. Possui histórico de duas gestações com dois partos vaginais, menarca aos 15 anos, última menstruação há 27 dias

[1] Médico formado pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra).
[2] Acadêmico do curso de Medicina da Ulbra.
[3] Mestre. Médico ginecologista, coordenador da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Ulbra e professor adjunto da Ulbra.



Figura 1. Adenocarcinoma seroso pouco diferenciado da tuba uterina de padrão sólido, medindo 9,0 x 4,0 x 3,0 cm. Aos cortes, no terço médio, a luz está dilatada, preenchida por massa pardo-clara.

e negava tabagismo. Realizou tratamento para doença inflamatória pélvica há 2 meses, sem melhora dos sintomas.

Nessa mesma consulta, trouxe o resultado de ecografia transvaginal realizada há 4 meses, a qual descrevia presença de imagem nodular sólida, heterogênea, em contiguidade com o ovário direito medindo 3,8 x 2,4 cm, assim como imagem alongada anecoica na topografia anexial direita sugestiva de hidrossalpinge, sem sinais de líquido livre na pelve. Também trouxe exames laboratoriais: CEA 0,8 μg/L (normal: < 3,8) e CA-125 35,9 U/ml (normal: < 35).

Foram realizadas salpingectomia bilateral e ooforectomia videolaparoscópica à direita, sem intercorrências. Retornou ao ambulatório com resultado de anatomopatológico com diagnóstico de adenocarcinoma seroso pouco diferenciado da tuba uterina de padrão sólido com áreas papilares, com margens livres e ausência de invasão da serosa tubária. Havia invasão da serosa do ovário, mas com ausência de invasão vascular e linfática. A tuba uterina esquerda apresentava serosite crônica, congestão vascular e hemorragia. Após o diagnóstico, a paciente foi encaminhada ao serviço de oncologia para a realização de exames complementares no estadiamento e quimioterapia adjuvante.

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma primário de tuba uterina é frequentemente confundido com as neoplasias ovarianas, levando ao diagnóstico pós-operatório. Felizmente, devido aos seus sintomas, o diagnóstico costuma ser em estágios precoces, ao contrário dos ovarianos.

A maioria dos casos ocorre no período pós-menopausa, com idade média de 57 anos (4). Dentre os sinais e sintomas, os mais comuns constituem a tríade de Latzko, que corresponde ao corrimento vaginal serossanguinolento intermitente, dor abdominal em cólica e massa abdominal ou pélvica (2,3,5).

A etiologia ainda não está bem definida; alguns estudos mostraram relação com quadros inflamatórios das tubas uterinas (2). Malmberg *et al.* (6) não encontraram relação significativa entre carcinoma seroso de tuba uterina com sinais histológicos de inflamação ou dano tubário crônico. Alguns fatores de risco estão descritos na literatura, como infertilidade, baixa paridade ou nuliparidade, inflamação tubária crônica e história familiar de câncer de ovário (7) .

Os exames de imagem auxiliam no diagnóstico e planejamento cirúrgico; uma imagem anecoica ou hipoecogênia com projeções papilares ou massas intraluminais na USTV sugerem neoplasia de tuba uterina. Outros achados podem ser encontrados também em doenças pélvicas, como abscesso tubo-ovariano, tumor ovariano e gestação ectópica (3). O marcador tumoral CA-125 pode estar aumentado nessa neoplasia, e o seu nível pré-tratamento é considerado um fator prognóstico independente para sobrevida e cura das pacientes (8).

A drenagem linfática das tubas uterinas é realizada pelos linfonodos para-aórticos e pélvicos (2,5). Metástases a distância são mais comuns no adenocarcinoma de tuba uterina do que de ovário. A principal via de disseminação, assim como o câncer ovariano, é transcelômica, atingindo a cavidade abdominal. Também pode ocorrer disseminação local, hematogênica e linfática (2).

O tratamento de escolha é semelhante ao câncer ovariano. Nos estágios precoces, deve ser realizada ressecção completa do tumor com avaliação linfonodal e, nos casos mais avançados, recomendam-se histerectomia abdominal total com salpingo-oforectomia bilateral e omentectomia com ou sem linfadenectomia para-aórticos e pélvicos (5). A quimioterapia está indicada a partir dos estágios com invasão da serosa, ou com ruptura tumoral pré ou intraoperatória (2).

CONCLUSÃO

Nossa paciente apresentava o quadro clínico clássico, e a USTV apresentava os achados sugestivos de tumor de tuba uterina. Esses achados corroboraram para uma rápida suspeição e tratamento do caso, possibilitando um diagnóstico em estágios ainda precoces. O nível pré-operatório de CA-125 mostrava-se um pouco acima do limite da normalidade, o que pode estar relacionado com o estágio em que o tumor se encontrava.

REFERÊNCIAS

1. Chaudhry S, Hussain R, Zuberi MM, Zaidi Z. Rare primary fallopian tube carcinoma; a gynaecologist's dilemma. J Pak Med Assoc. 2016; 66(1): 107-10.
2. Kalampokas E, Kalampokas T, Tourountous I. Primary fallopian tube carcinoma. European Journal of Obstetrics & Ginecology and Reproductive Biology. 2013; 169: 155-61.
3. Horng H-C, Teng S-W, Huang B-S, Sun H-D, Yen M-S, Wang P-H, et al. Primary fallopian tube câncer: Domestic data and up-to-date review. Taiwanese Journal of Obstetrics & Ginecology. 2014; 53: 287-92.

4. Nag D, Bhaumik P, Nandi A, Samaddar A. Bilateral primary fallopian tube papillary serous carcinoma in postmenopausal woman: Report of two cases. Journal of Mid-life Health. 2016; 7(1): 34-7.
5. Sousa RB, Lages RB, Tavares MBAC, Pereira Filho E, dos Santos LG, Vieira SC. Adenocarcinoma de Tuba Uterina: Relato de Dois Casos. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(3): 353-7.
6. Malmberg K, Klynning C, Flöter-Rådestad A, Carlson JW. Serous tubal intraepithelial carcinoma, chronic fallopian tube injury, and serous carcinoma development. Virchows Arch. 2016; 468(6): 707-13.
7. Velişcu A, Marinescu B, Costoiu L, Damian C, Stănescu C, Chiuţu L, et al. Bilateral primary fallopian tube carcinoma: a case report. Rom J Morphol Embryol. 2013; 54(4): 1183-7.

✉ Endereço para correspondência
Luís Felipe Teixeira Neumaier
Rua Prof. Cristiano Fischer, 818/1102
91.410-000 – Porto Alegre/RS – Brasil
☎ (51) 3372-8531
luisf.tn@gmail.com

Recebido: 16/9/2017 – Aprovado: 6/11/2017

Angiofibroma do septo nasal: relato de caso

Angiofibroma of the nasal septum: case report

Gabriela Pafiadache Thomé[1], Renato Roithmann[2], Marina Lise[3]

RESUMO

Introdução: O angiofibroma nasofaríngeo juvenil (ANJ) representa um tumor benigno localmente agressivo e raro, que corresponde a 0,05% de todos os tumores de cabeça e pescoço. Pode ser encontrado em outros locais além do nasofaringe, dando origem ao angiofibroma extranasofaríngeo (AEN). O septo nasal representa uma manifestação extremamente rara deste tipo de tumor, com poucos casos relatados na literatura. **Relato:** Paciente masculino, 13 anos, procurou atendimento otorrinolaringológico no Hospital Universitário Ulbra Canoas por apresentar sangramento intermitente em fossa nasal esquerda há 30 dias. Ao exame físico endoscópico, observou-se lesão ocupando a fossa nasal esquerda em sua totalidade. Foi realizada uma tomografia computadorizada da face que revelou lesão provinda do septo anterior, na altura da válvula nasal à esquerda. A conduta tomada foi a remoção cirúrgica da lesão. O diagnóstico foi firmado a partir do exame anatomopatológico da lesão, que apresentou aspecto histopatológico compatível com angiofibroma. O paciente seguiu em acompanhamento no ambulatório e teve evolução favorável sem recidivas. **Conclusão:** Trata-se de um caso importante a ser relatado, pois é reconhecido que este tipo de tumor é uma apresentação rara de angiofibroma extranasofaríngeo. Apesar de raro, deve ser considerado diagnóstico diferencial de tumores vasculares de cabeça e pescoço.

UNITERMOS: Angiofibroma, Diagnóstico Diferencial, Septo Nasal.

ABSTRACT

Introduction: *Juvenile nasopharyngeal angiofibroma (JNA) represents a locally aggressive and rare benign tumor that corresponds to 0.05% of all tumors of the head and neck. It can be found in places other than the nasopharynx, giving rise to extranasopharyngeal angiofibroma (ENA). The nasal septum represents an extremely rare manifestation of this type of tumor, with few cases reported in the literature.* ***Report:*** *A 13-year-old male patient sought otorhinolaryngological care at the University Hospital ULBRA Canoas for having intermittent bleeding in the left nasal cavity for 30 days. At the endoscopic physical examination, an injury was observed occupying the left nasal fossa in its entirety. A CT scan of the face revealed a lesion from the anterior septum at the left nasal valve. The procedure taken was the surgical removal of the lesion. The diagnosis was based on the anatomopathological examination of the lesion, which presented histopathological aspect compatible with angiofibroma. The patient was followed up at the outpatient clinic and had a favorable evolution without relapses. C****onclusion:*** *It is an important case to be reported, since it is recognized that this type of tumor is a rare presentation of extranasopharyngeal angiofibroma. Although rare, differential diagnosis of vascular tumors of the head and neck should be considered.*

KEYWORDS: *Angiofibroma, Differential Diagnosis, Nasal Septum.*

INTRODUÇÃO

O angiofibroma nasofaríngeo juvenil (ANJ) é definido como um tumor benigno, que tem origem na margem superior do forame esfenopalatino e possui etiologia controversa (1). Esse tumor é responsável por 0,05% de todos os tumores de cabeça e pescoço (1,2).

Quando encontrados fora do nasofaringe, os ANJ dão origem a uma rara entidade de tumores chamados angiofibromas extranasofaríngeos (AEN) (1). A localização mais comum do AEN é o seio maxilar, sendo o septo nasal um local de apresentação extremamente raro (3,4,5).

O AEN possui características histológicas semelhantes aos ANJ (6). Além da localização, esses tumores diferem

[1] Médica graduada pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). Em especialização em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

[2] Doutor em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina da Ulbra. Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Ulbra.

[3] Médica graduada. Otorrinolaringologista pela Ulbra.

no que diz respeito aos sintomas, à idade e ao sexo, levando alguns autores a considerar o AEN como uma entidade separada do ANJ (5,6). Devido às diferentes características do AEN, esse tumor pode ser um desafio diagnóstico, portanto, deve ser submetido a uma investigação criteriosa para diagnóstico e tratamento correto (5).

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com angiofibroma de origem no septo nasal. Do mesmo modo, visa avaliar os principais aspectos desta doença no que se refere ao diagnóstico, ao diagnóstico diferencial e ao tratamento. Outro ponto importante a se destacar é a importância deste relato para a comunidade científica, visto que este tipo de localização extranasofaríngea é muito raro, e são poucos os casos descritos na literatura internacional a respeito de tumores nesta localização.

Este trabalho foi protocolado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Ulbra, sob número 45046215.5.0000.5349.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 13 anos, estudante, procedente de Estância Velha/RS, procurou atendimento otorrinolaringológico por apresentar sangramento intermitente em fossa nasal esquerda. Refere que o sintoma iniciou cerca de 30 dias antes da consulta. Relata que o sangramento ocorre quase diariamente e em moderada quantidade.

Nega comorbidades ou uso de medicação, é alérgico a amoxicilina e não apresenta antecedentes relevantes na história familiar.

Ao exame físico endoscópico, observou-se lesão escurecida e de superfície relativamente lisa e brilhante, ocupando a fossa nasal esquerda em sua totalidade, impedindo progressão do endoscópio. A oroscopia revelou tonsilas palatinas grau I. A otoscopia, laringoscopia e palpação do pescoço não exibiam alterações.

A impressão diagnóstica inicial foi papiloma invertido. A conduta adotada foi a solicitação de uma tomografia computadorizada (TC) de seios da face.

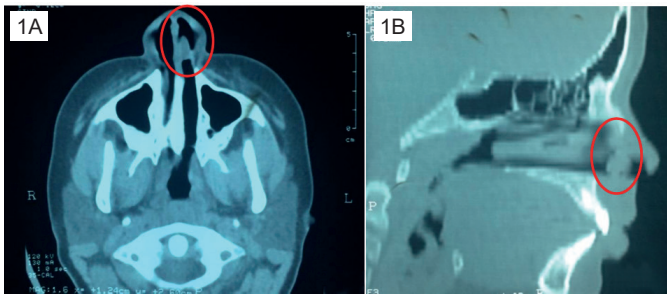


Figura 1. Tomografia computadorizada da face. A – Corte axial. Observa-se na fossa nasal esquerda presença de formação com atenuação de partes moles medindo cerca de 1,3 cm x 0,9 cm, sem calcificações, determinando redução da amplitude da fosse nasal esquerda, com aspecto polipoide. B – Corte sagital apresentando formação na fossa nasal esquerda

O paciente retornou 11 dias após a última consulta com o exame (TC), o qual evidenciou uma lesão provinda do septo anterior, na altura da válvula nasal à esquerda (Figura 1).

A conduta indicada foi cirurgia assistida por videoendoscopia para posterior diagnóstico anatomopatológico. O procedimento cirúrgico de ressecção total da lesão foi feito com sucesso, sem quaisquer intercorrências. Não houve maior sangramento transoperatório. Realizou-se ressecção total da lesão com preservação do septo nasal cartilaginoso. Na área cruenta (septo nasal cartilaginoso exposto), colocou-se uma fita de surgicel, após hemostasia dos bordos com eletrocautério monopolar. A Figura 2 mostra o aspecto macroscópico da lesão removida.

O paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial realizando exame endoscópico de controle a cada seis meses. O exame anatomopatológico da lesão revelou lesão constituída por estroma fibroso colagenizado com numerosos espaços vasculares, revestidos por células endote-



Figura 2. Aspecto macroscópio da lesão removida

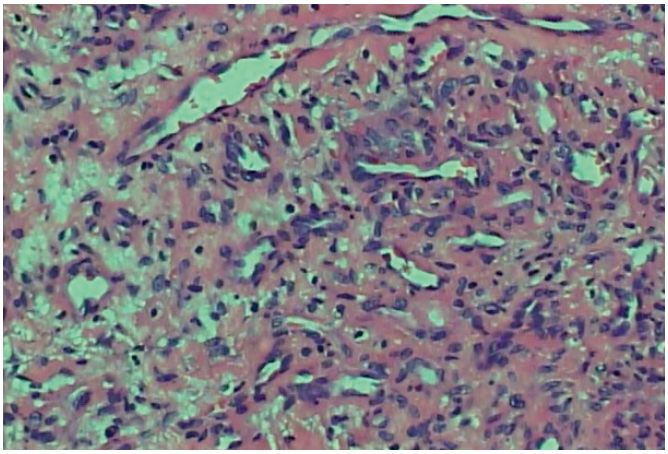


Figura 3. Anatomopatológico da lesão removida, revelando lesão constituída por estroma fibroso colageinizado com numerosos espaços vasculares revestidos por células endoteliais regulares de aspecto histopatológico compatível com angiofibroma

liais regulares de aspecto histopatológico compatível com angiofibroma (Figura 3). Após um seguimento clínico de três meses, o paciente apresentou evolução favorável com cicatrização completa do sítio da lesão, sem perfuração do septo nasal ou sinal de recidiva.

DISCUSSÃO

Este artigo relata um caso raro de angiofibroma juvenil localizado no septo nasal cartilaginoso. Essas localizações não clássicas dos angiofibromas nasais são chamadas de angiofibroma extranasofaríngeo e representam 0,05% dos casos (1) .

O angiofibroma nasofaríngeo juvenil (ANJ) é um tumor benigno, ricamente vascularizado, composto predominantemente de fibroblastos (7). Representa uma entidade de tumor localmente agressivo, responsável por 0,05% de todos os tumores de cabeça e pescoço (2,1). Cresce com padrão imprevisível e pode envolver a cavidade nasal, nasofaringe, seios paranasais, fossa pterigopalatina, fossa infratemporal, órbita e cavidade craniana. Este tumor se manifesta preferencialmente em adolescentes do sexo masculino, entre idades de 14 a 25 anos (7,8).

O ANJ tem origem na margem superior do forame esfenopalatino e possui etiologia controversa (1). Este tipo de tumor pode ser encontrado em locais fora da cavidade nasofaríngea, compondo uma rara entidade de tumores chamados angiofibromas extranasofaríngeos (AEN). Os AEN podem acometer os seios paranasais, cavidade nasal, órbita e, em casos mais avançados, o crânio (1,3). A localização mais comum dos AEN é o seio maxilar. O septo nasal é um local de apresentação extremamente raro deste tipo de tumor (3,4,5), possuindo poucos casos relatados na literatura (4).

Os AEN possuem características histológicas semelhantes aos ANJ, com estroma de tecido conectivo e matriz de vasos dilatados sem camada muscular, porém, manifestam-se mais comumente em mulheres, entre 17 e 22 anos (3,5,6). O caso aqui descrito mostra um paciente com idade, gênero e localização discrepantes da maioria dos AEN, confirmando a raridade desta apresentação. Os sintomas desenvolvem-se mais rapidamente, e a hipervascularidade é menos comum nestas localizações atípicas (4). A presença do AEN em sítios variados pode ser explicada por um erro de migração da *fascia basalis* (6).

Os ANJ crescem do seu local de origem para a fossa nasal, nasofaringe e fossa pterigopalatina, causando os sintomas de obstrução nasal, epistaxe de repetição e tumoração no nasofaringe (1,6). As manifestações radiológicas são bem características, como o Sinal de Homan-Miller e alargamento do forame esfenopalatino (6). De maneira divergente, os AEN apresentam manifestações clínicas e radiológicas de acordo com o seu sítio de localização.

Os casos suspeitos de ANJ apresentam quadros clínico e tomográfico característicos, já o diagnóstico de AEN, para ser confirmado além da adequada correlação clínico-radiológica, necessita imprescindivelmente de investigação histopatológica (5,6,9). No caso relatado, o paciente apresentava imagens tomográficas e endoscópicas compatíveis com hemangioma do septo, e o diagnóstico definitivo foi firmado apenas a partir da investigação histopatológica. Os diagnósticos diferenciais incluem, além do hemangioma, também o hemangiopericitoma (6).

O tratamento mais efetivo tanto de ANJ quanto de AEN é a remoção cirúrgica do tumor (4,6,10,11). O ANJ pode resultar em epistaxes ou sangramentos no intraoperatório pelo fato de ser irrigado pela artéria maxilar, e sua taxa de recorrência é de 6% a 27,5%, devido à dificuldade de realizar sua completa remoção (1,6). Diferentemente do ANJ, no AEN são raros os episódios de recorrência quando a lesão é completamente removida, pois sua localização fora da nasofaringe possibilita a ressecção completa do tumor. O paciente relatado esteve em acompanhamento após a retirada do tumor e, até o presente momento, não apresentou recorrência. Esses tumores também são irrigados pela artéria maxilar, mas por possuírem estroma fibroso, o sangramento durante o procedimento cirúrgico é eventual (6).

CONCLUSÃO

Trata-se de um caso importante a ser relatado, pois é reconhecido que este tipo de tumor é uma apresentação rara de angiofibroma extranasofaríngeo. Por ser uma apresentação rara, existem poucos casos na literatura internacional a respeito deste tema. Outro ponto importante a ressaltar é o fato de que o AEN, apesar de raro, deve ser considerado diagnóstico diferencial de tumores vasculares de cabeça e pescoço. Por apresentar características clínicas e epidemiológicas diferentes do ANJ, o AEN deve ser considerado uma entidade separada.

REFERÊNCIAS

1. Szymańska A, Szymański M, Morshed K, Czekajska-Chehab E, Szczerbo- Trojanowska M. Two types of lateral extension in juvenile nasopharyngeal angiofibroma: diagnostic and therapeutic management. Eur Arch Otorhinolaryngol (2015) 272:159-166.
2. Huang, Y., Liu, Z., Wang, J., Sun, X., Yang, L., & Wang, D. (2014). Surgical management of juvenile nasopharyngeal angiofibroma: Analysis of 162 cases from 1995 to 2012. The Laryngoscope, 124(8), 1942-1946.
3. Szymańska A, Szymański M, Morshed K, Czekajska-Chehab E, Szczerbo- Trojanowska M. Extranasopharyngeal angiofibroma: clinical and radiological presentation. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 Feb; 270 (2): 655-660.
4. Atmaca, S., Bayraktar, C., & Yıldız, L. (2012). Extranasopharyngeal angiofibroma of the posterior nasal septum: a rare clinical entity. Kulak burun bogaz ihtisas dergisi: KBB= Journal of ear, nose, and throat, 23(5), 295-298.
5. Tasca I, Ceroni Compadretti G. Extranasopharyngeal angiofibroma of nasal septum. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2008 Dec; 28 (6): 312-314.
6. Correia, F. G., Simoes, J. C., Mendes-Neto, J. A., Seixas-Alves, M. T. D., Gregorio, L. C., & Kosugi, E. M. (2013). Extranasopharyngeal angiofibroma of the nasal septum-uncommon presentation of a rare disease.Brazilian journal of otorhinolaryngology, 79(5), 646-646.

7. Liu Z, Wang J, H Wang at al. Hormonal receptors and vascular endothelial growth factor in juvenile nasopharyngeal angiofi. Acta Oto-Laryngologica. 2015; 135: 51-57.
8. Torre-Léon C, Busqets JM. Rare Case of a Second Primary Nasopharyngeal Angiofibroma. Otolaryngology-Head and Neck Surgery 148(2) 352-353. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation 2013.
9. Lee, J. J., Bredella, M. A., Springfield, D. S., & Nielsen, G. P. (2014). Soft tissue angiofibroma: a case report. Skeletal radiology, 43(3), 403-407.
10. Cloutier T, Pons Y, Blancal J.P, Sauvaget E, Kania R, Bresson D, and Herman P. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma: Does the External Approach Still MakeSense?. Otolaryngology-Head and Neck Surgery 147(5) 958-963 American Academy of Otolaryngology--Head and Neck Surgery Foundation 2012. sagepub.com/journals-Permissions.nav.
11. Ameet K, Gregg H. G, David W.K.. Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma Resection: Novel Technique to Improve Posterior/Inferior Margin Control. The laryngoscope VC 2014 The American Laryngological. Rhinological and Otological Society, Inc.

✉ Endereço para correspondência
Gabriela Pafiadache Thomé
Rua Cel. Corte Real, 82/1209
90.630-080 – Porto Alegre/RS – Brasil
☎ (51) 99909-9807
gabipthome@gmail.com

Recebido: 7/10/2017 – Aprovado: 6/11/2017

Vesícula biliar gigante: relato de caso

Giant gallbladder: case report

Bruno Tischer Jung[1], Gilda Guerra[2], Eduardo Barcellos Fumegalli[1], Rodrigo Capra[3], Lucas Ernani[3], Monica Jimenez Zerpa[3], Francisco Davila[3], Ricardo Amaral[4], Roberto Vina Coral[1]

RESUMO

A vesícula biliar pode desenvolver diversos tamanhos, chegando em raros casos a ocupar grande parte da cavidade abdominal. Trabalho traz relato de paciente cardiopata grave com 85 anos que foi submetido a colecistectomia após desenvolver quadro de suboclusão gerado por vesícula biliar gigante.

UNITERMOS: Vesícula biliar gigante, colecistectomia, cirurgia.

ABSTRACT

The gallbladder can develop into various sizes, rarely reaching a large part of the abdominal cavity. This work reports a patient with severe cardiopathy at the age of 85 who underwent cholecystectomy after developing subocclusion caused by a giant gallbladder.

KEYWORDS: *Giant gallbladder, cholecystectomy, surgery.*

INTRODUÇÃO

A vesícula biliar trata-se de um reservatório extra-hepático de bile, mede em torno de 12 x 7,5 cm e é capaz de armazenar em média 30-60 ml de conteúdo biliar (1,2). Quando em vigência de alguma patologia obstrutiva, pode crescer em diferentes proporções. Cálculos ali formados podem obstruir o ducto cístico e gerar rápida distensão da vesícula, a exemplo dos casos de colecistite aguda. Por outro lado, tumores periampulares, ao apresentarem crescimento lento e progressivo, tendem a dilatar a vesícula biliar de forma mais importante, tornando a mesma facilmente palpável ao exame físico, conforme classicamente descrito por Courvoisier (3). Há também raríssimos casos descritos na literatura em que a vesícula biliar pode adquirir dimensões extremas, perdendo seu formato típico e ganhando proporções iguais a um balão, ocupando grande parte do abdômen. Tais casos têm recebido a denominação de vesícula biliar gigante (4-11).

RELATO DE CASO

Homem de 85 anos, etilista, tabagista e cardiopata grave, internou de forma eletiva para ser submetido à troca valvar aórtica e revascularização do miocárdio. Apresentou importantes complicações no pós-operatório, evoluindo com insuficiência renal crônica e broncopneumonia. Após resolução do quadro pulmonar, porém ainda em um estado geral bastante debilitado, voltou a apresentar indícios de novo quadro infeccioso sem foco definido. Além dos exames laboratoriais (Tabela 1), foi solicitada uma tomografia de abdômen, a qual mostrou a presença de lesão cística medindo 18 x 17 x 15 cm, localizada caudalmente ao lobo hepático direito, anteriormente ao rim, rechaçando o estômago e duodeno (Figura 1). Cisto esse com tênues calcificações parietais, sem paredes espessadas ou infiltração de gorduras adjacentes, composto de conteúdo líquido homogêneo e presença de dois pequenos volumes radiodensos precipitados no seu interior, sugestivos de cálculos.

[1] Médico Cirurgião Aparelho Digestivo.
[2] Médica Cirurgiã de Traumatologia.
[3] Médico Cirurgião Geral.
[4] Médico Radiologista.

Tabela 1. Laboratório sérico

Exame	Resultado
Hemoglobina	9,2 g/dL
Hematócrito	28%
Leucócitos	10.500/µL
Neutrófilos	5.250/µL
Bastonados	9%
Plaquetas	83.000/µL
Proteína C Reativa	81 mg/L
Lactato	2,5 mmol/L
Albumina	2,8 g/dL
Amilase	102 U/L
Bilirrubina (tot/direta)	0,4 / 0,3 mg/dL
Fosfatase Alcalina	217 U/L
GGT	237 U/L
AST	24 U/L
ATP	12 U/L
TP (seg/IRN)	17,9 / 1,47

Não havia dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas. Como não era possível a individualização da vesícula biliar em sua topografia habitual, lesão descrita anteriormente foi interpretada como tal.

A equipe de cirurgia do aparelho digestivo foi então contatada para avaliar o caso. Conforme não havia acompanhamento médico até recentemente, paciente possuía história pregressa pouco elucidativa, não sendo possível averiguar sintomas ou sinais sugestivos de colelitíase no passado. Na ocasião, não estava tolerando bem dieta, com episódios de vômitos pós-prandiais. Ao exame físico, paciente sonolento, restrito ao leito, abdômen globoso, aparentava leve dor em região epigástrica e palpava-se massa de consistência levemente endurecida ocupando grande parte do abdome superior. Em vista dos achados tomográficos corroborarem com a clínica de uma suboclusão e a possiblidade de resolução do quadro infeccioso, foi proposta colecistectomia.

Dadas as comorbidades e tênue estabilidade hemodinâmica do paciente, descartou-se iniciar procedimento por laparoscopia, realizando-se incisão de *Kocher*. Na inspeção, foi visualizada grande massa de paredes espessadas e com importante infiltração e aderência a órgãos vizinhos, tornando por momentos confusa a anatomia. Optou-se por puncionar e aspirar grande parte do conteúdo da vesícula biliar para facilitar a exposição. O líquido retirado era inicialmente biliar e, em seguida, brancacento, sugestivo de abscesso. Após liberação e dissecção da vesícula, o ducto cístico foi facilmente individualizado, sendo o mesmo constatado como patente (Figura 2). Ao término da colecistectomia, foi totalizado um volume de 1,5 l de dentro da vesícula biliar.

Paciente realizou recuperação em unidade intensiva, conforme previamente planejado. No decorrer dos primeiros dias, houve necessidade do aumento da dose de droga vasoativa, a qual já havia sido iniciada no transoperatório. Ao se tentar retomar as hemodiálises, acentuava-se ainda mais a instabilidade hemodinâmica. Neste contexto, paciente evoluiu a óbito no terceiro dia de pós-operatório.

A análise do anatomopatológico da peça mostrou parede vesicular com xantogranulomas, marcada fibrose, hemorragia e calcificações distróficas, sugestivo de colecistite crônica. No bacteriológico do líquido, não houve crescimento de germes.

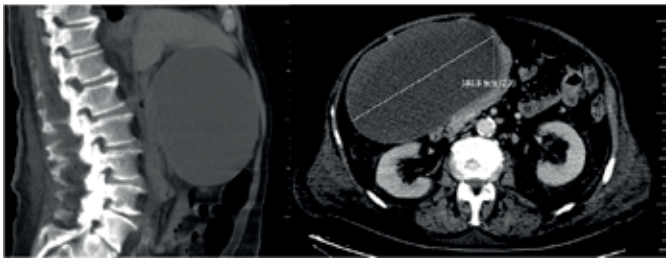


Figura 1. Tomografia de abdome com corte sagital e axial, respectivamente



Figura 2. Vesícula biliar já esvaziada, fixa apenas pelo ducto cístico. Régua ao lado da peça possui 12 cm

DISCUSSÃO

Vesícula biliar gigante, ou *giant gallbladder*, foi o termo primeiramente utilizado em antigos relatos para descrever tal achado cirúrgico (3); porém, foi apenas recentemente no trabalho de *Kuznetsov* que ganhou uma definição (6) Nesse, estipulou-se um volume mínimo de 1,5 litro neces-

Tabela 2. Relatos de casos

Publicação	Idade	Comorbidades	Manifestação clínica	Ducto císico patente	Tamanho (cm)	Volume (L)
Borodach, 2005 (7)	67	-	?	Sim	20 x 12	1,5
Panaro, 2012 (8)	17	Doença de Byler*	dor	Sim	43 x 21	2,7
Zong, 2013 (9)	55	-	dor crônica, distenção	Sim	30 x 18	4
Kuznetsov, 2014 (6)	77	-	dor crônica, emagrecimento	Sim	24 x 17	3,3
Singal, 2016 (10)	59	?	dor, abaulamento	?	?	1,5
Presente estudo	85	Cardiopata	suboclusão, febre	Sim	18 x 17	1,5

*colestase intra-hepática familiar progressiva, tipo 2

sário para se denominar vesícula biliar gigante, uma vez que, assim, teria um tamanho estimado maior ou igual ao fígado (4).

Através de pesquisa realizada na plataforma MEDLINE, foi encontrado relato de seis casos de vesícula biliar gigante até o momento (Tabela 2). Apesar da revisão de Kuznetsov ter citado nove, optamos por não contabilizar aqueles em que não foi possível seu acesso. Há de se destacar também que esses foram extraídos de livros históricos, datados há mais de cem anos, o que torna questionável sua veracidade.

Em vista da raridade e heterogeneidade entre os casos, alguns aspectos da fisiopatologia permanecem incompreendidos. Alguns autores, ao excluírem fatores causais, levantam a hipótese de ser de etiologia congênita (9). A infecção por algum germe em particular também poderia ser questionada, tendo em vista que a vesícula pode atingir importantes proporções em vigência de um quadro gangrenoso (5). No entanto, em apenas dois dos relatos foi citado o crescimento bacteriano na cultura (4,11), sendo, inclusive, ausente no presente estudo. Nenhum dos casos encontrados foi secundário a processo neoplásico.

Para o crescimento da vesícula biliar atingir tais dimensões, teoriza-se que o mecanismo funcione à semelhança de uma válvula unidirecional (11), conforme a maioria dos relatados demonstrou a presença de um ducto cístico patente. Nesse contexto, com enchimento progressivo da vesícula biliar, seu conteúdo estagnado desencadeia um processo inflamatório crônico, que, subsequentemente, danifica a parede e seu poder de contratilidade, permitindo um crescimento em grandes proporções. A idade avançada e um retardo na procura por atendimento, presente no nosso paciente, justificariam um quadro oligossintomático inicial, que possibilitou o aumento da vesícula de forma importante até a avaliação médica.

Ao contrário dos demais relatos, apenas no presente estudo houve evolução ao óbito. Em vista das comorbidades e do estado geral debilitado do paciente, pode-se questionar se haveria outro desfecho caso um procedimento menos invasivo fosse adotado. Colecistostomia e colecistectomia videolaparoscópica em um segundo momento foram adotadas com sucesso ao abordar caso semelhante (12).

CONCLUSÃO

Vesícula biliar gigante é uma raríssima patologia ainda pouco compreendida. Apesar de ser plausível a forma como desenvolve seu tamanho, é provável que não exista um fator causal em comum entre os casos até hoje relatados. Trabalho atual relata o sétimo caso descrito na literatura.

REFERÊNCIAS

1. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practic / Townsend, CM. - 20th edition (2016).
2. Baley and Love´s - Short Practice of Surgery / Williams, NS. - 23th edition (2013).
3. Hagege A: Case of retention jaundice; importance of Courvoisier--Terrier law. Tunis Med 45: 439, 1957.
4. Giant gallbladder simulating abdominal tumor. Nord Med. 1954. PMID: 13166040.
5. Grosber SJ. Giant gallbladder. Am J Dig Dis 7: 1039, 1962.
6. Kuznetsov AV, Borodach AV, Fedin EN, et al. Giant gallbladder: a case report and review of literature. Int J Surg Case Rep, 2014.
7. Borodach AV, Borodach VA, Kim AN. Gigantskaya vodyanka zhelchnogo puzyrya.Novosibirsk: Sibirskiy Universitet; 2005. p. 62-3.
8. Panaro F, Chastaing L, Navarro F. Hepatobiliary and pancreatic: Giant gallbladder associated with Byler's disease. J Gastroenterol Hepatol 2012:27.
9. Zong L, Chen P, Wang L, et al. A case of congenital giant gallbladder with massive hydrops mimicking celiac cyst. Oncol Lett 2013. 5: 226-8.
10. Singal R, Singh M, Singal S. A Rare Entity - Giant Gallbladder. J Gastrointest Dig Syst 2016.
11. Maeda Y, Setoguchi T, Yoshida T, et al. A giant gallbladder. Gastroenterol Jpn 1979; 14:621-4.
12. Edlin JC, Alfa-Wali M, Bond A. A mass more ordinary. BMJ Case Rep Abril/2015; doi:10.1136/bcr-2015-209409.

✉ Endereço para correspondência
Bruno Tischer Jung
Rua Santana 549/1003
90.040-373 – Porto Alegre/RS – Brasil
☎ (51) 99322-8921
brunoojung@gmail.com

Recebido: 29/10/2017 – Aprovado: 6/11/2017

Necrólise epidérmica tóxica em paciente pediátrico – qual é o papel do dermatologista na condução de casos com grande repercussão sistêmica?

Toxic epidermal necrolysis in pediatric patient: What is the role of the dermatologist in the management of cases with great systemic repercussion?

Michely de Almeida Pescador[1], Cínthia Mendes[2], Rodrigo Sell Poleto[3], Bárbara Piacentini Ferreira[4], Gabriella Marquardt[5]

RESUMO

A Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) é condição imunológica grave caracterizada pela morte generalizada de queratinócitos e necrose da epiderme. Relatamos o caso de uma paciente pediátrica, com NET desencadeada por ibuprofeno. Paciente do sexo feminino, 6 meses de idade, apresentava-se febril, com edema periorbital e perioral. Fez uso de ibuprofeno por 14 dias. Evoluiu com enantema e máculas eritematosas na região perineal. Houve piora das lesões, com surgimento de vesículas e bolhas sobre base eritematosa em face e abdome, além de destacamento epidérmico, ulceração e formação de crostas em dorso, tórax e membros. A NET é emergência dermatológica necessitando de reconhecimento precoce. O dermatologista é o profissional com maior aptidão para realizar a avaliação inicial e o seguimento desses pacientes.

UNITERMOS: Hipersensibilidade, Síndrome de Stevens Johnson, Necrólise Epidérmica Tóxica.

ABSTRACT

Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) is a serious immune condition characterized by generalized death of keratinocytes and necrosis of the epidermis. We report the case of a pediatric patient, with NET triggered by ibuprofen. A 6-month-old female patient presented with fever and periorbital and perioral edema. She used ibuprofen for 14 days. It evolved with enantema and erythematous macules in the perineal region. There was worsening of the lesions, with appearance of vesicles and blisters on the erythematous base in the face and abdomen, in addition to epidermal detachment, ulceration and formation of crusts on the back, thorax and limbs. TEN is a dermatological emergency requiring early recognition. A dermatologist is the best equipped professional to perform the initial assessment and follow-up of these patients.

KEYWORDS: *Hypersensitivity, Stevens-Johnson Syndrome, Toxic Epidermal Necrolysis.*

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) são condições imunológicas graves com significativa morbimortalidade. Caracterizam-se pela morte generalizada de queratinócitos e necrose da epiderme, resultando em destacamento epidérmico com perda de tecido subjacente da pele e das mucosas (1). Assemelham-se à queimadura de segundo grau, podendo estar associadas a sintomas constitucionais graves (2). Por definição, a SSJ envolve o descolamento epidérmico de menos de 10% de área de superfície corporal, enquanto a NET acomete mais de 30%. Casos com envolvimento cutâneo entre 10% e 30% de área corporal são classificados como sobreposição de SSJ/NET (3).

[1] Médica Residente em Dermatologia pela UNISA (Universidade de Santo Amaro), São Paulo/SP.
[2] Médica Dermatologista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD).
[3] Médico Residente em Dermatologia pelo Hospital Sugisawa/Fujicare, Curitiba/PR.
[4] Médica Residente em Dermatologia pelo Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro/RJ.
[5] Acadêmica de Medicina pela Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

Representam reação idiossincrática a medicamentos sistêmicos, ocorrendo, também, em resposta à vacinação, tumores, infecções virais e de forma idiopática. Os medicamentos que costumam desencadear essas reações são os anticonvulsivantes, antibióticos, antirretrovirais, AINES, conforme a Tabela 1 (4).

O quadro clínico apresenta-se com febre, mal-estar, anorexia, inflamação e ulcerações da mucosa ocular, oral e genital. Posteriormente, surgem lesões cutâneas eritematobolhosas intensamente dolorosas (4).

Além do reconhecimento precoce da reação e da retirada imediata do fármaco, são necessários, também, cuidados de suporte básico e avançado de vida (5).

Relatamos o caso de uma paciente pediátrica, com necrólise epidérmica tóxica desencadeada por ibuprofeno, para reforçar a importância do pronto reconhecimento desse tipo de reação adversa cutânea a drogas.

Tabela 1. Principais medicamentos relacionados à SSJ/NET(9).

Anticonvulsivantes	Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, ácido valproico, lamotrigina
Antibióticos	Betalactâmicos, macrolídeos, quinolonas, sulfonamidas, tetraciclinas, antimaláricos, antifúngicos imidazólicos
AINES	Piroxicam
Outros	Alopurinol, nevirapina

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 6 meses de idade, previamente hígida, deu entrada no pronto-atendimento com quadro febril e edema periorbital iniciado há 1 dia. Fez uso de ibuprofeno durante 14 dias devido a uma estomatite herpética. Ao exame físico da admissão, apresentava-se com temperatura de 37,9ºC, irritada, com eritema difuso na pele, edema palpebral bilateral, enantema, fissuras labiais e máculas eritematosas na região perineal. Administrado paracetamol e solicitados exames laboratoriais (hemograma, VHS, PCR, albumina, sódio, AST e ALT), que não demonstraram alterações.

No dia seguinte à admissão hospitalar, as lesões perineais pioraram, e surgiram vesículas e bolhas sobre base eritematosa na face e abdome, quando se aventou a hipótese diagnóstica de SSJ. Apresentava agitação, choro constante e diarreia. Foram prescritos paracetamol, prednisolona e *Saccharomyces boulardii*. Realizaram-se, também, hidratação venosa com soro fisiológico, morfina endovenosa e aplicação de loção oleosa dermoprotetora sobre as lesões.

A paciente evoluiu com aumento das lesões vesicobolhosas e destacamento epidérmico, com sinal de Nikolsky positivo, ulceração e formação de crostas. Houve acometimento do dorso, tórax anterior e membros superiores. Mais de 30% da superfície corporal estava comprometida, portanto, o quadro foi reclassificado como NET. Mantinha



Figura 1. 2º dia – Internação hospitalar



Figura 2. 2º dia – Internação hospitalar



Figura 3. 8º dia – Internação hospitalar

quadro febril, com 38,7ºC de temperatura corporal, quando foi encaminhada para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), acrescentando ao esquema terapêutico fentanil, cefepime e clonidina. Nas lesões cutâneas, foram aplicadas gazes de rayon embebidas em óleo e ataduras. Novos exames laboratoriais mostraram leucopenia, aumento da AST (54 U/L – VR até 34U/L) e da proteína C reativa (58,7 mg/L – VR até 5 mg/L). Avaliação oftalmológica não encontrou alterações nas conjuntivas ou córneas e foi iniciada aplicação de colírio lubrificante.

No quinto dia de internação hospitalar, apresentava-se com sinais vitais estáveis, melhorando, parcialmente, as lesões de pele. Então, foi avaliada por médico dermatologista, o qual optou pela aplicação de creme de base oleosa (Eucerin Aquaphor Baby Healing Oitment®) várias vezes ao dia, a fim de restaurar a barreira epidérmica, substituindo o uso das gazes e ataduras.

O quadro evoluiu favoravelmente, e a paciente recebeu alta da UTI após 7 dias da admissão. Retornou à Unidade Pediátrica, onde se manteve estável e permaneceu internada por mais 3 dias até receber alta hospitalar.

DISCUSSÃO

A SSJ e a NET são reações que apresentam o mesmo padrão de hipersensibilidade. Suas principais diferenças consistem na distribuição e porcentagem de área corporal acometida pelas lesões cutâneas vesicobolhosas. A NET, também chamada de Síndrome de Lyell, costuma ser mais grave e eventualmente fatal, podendo atingir uma taxa de óbito de até 39% (1,2,7).

O quadro clínico inicia-se com febre, mal-estar, mialgia, além de hipersensibilidade cutânea, hiperemia conjuntival, palpebral, de orofaringe e genitália. Posteriormente, surge erupção cutânea com máculas e pápulas que podem evoluir para vesículas e bolhas de conteúdo sero-hemorrágico. Estas podem desprender-se, o que costuma deixar o paciente com extensa área desnuda, facilitando o desenvolvimento de infecções secundárias (4,6).

No caso relatado, o diagnóstico presuntivo de NET foi realizado com base na história clínica (uso de ibuprofeno por quatorze dias) e no exame físico da paciente, o qual mostrava lesões eritematobolhosas que evoluíram com o típico destacamento epidérmico, envolvendo mais de 30% de área corporal, além da febre e dos outros sintomas sistêmicos.

O manejo da SSJ/NET envolve a retirada imediata do medicamento suspeito e tratamento suportivo, visto que não existe tratamento específico. Alguns autores orientam manter o paciente em isolamento, a fim de evitar infecções secundárias, além de monitorização em Unidade de Terapia Intensiva. Antissepsia e tratamento tópico com o uso de curativos também são medidas importantes, sendo necessário, por vezes, o desbridamento cirúrgico (5,6).

O uso de curativos especiais facilita a cicatrização das lesões, além de prevenir infecções secundárias, amenizar a dor, controlar a temperatura e manter o equilíbrio hidroeletrolítico do paciente, contribuindo para uma diminuição da morbimortalidade dessas doenças (8).

A Tabela 2 demonstra um modelo de tratamento tópico e curativos utilizados no Hospital Estadual Vila Velha/ES em um paciente pediátrico com SSJ, que auxiliou na boa evolução do quadro (8).

CONCLUSÃO

A NET e SSJ são emergências dermatológicas e necessitam de reconhecimento precoce. Desta maneira, é de

Tabela 2. Intervenções e curativos utilizados na SSJ (8).

Etapa	Objetivo	Coberturas especiais	Nomes Comerciais
1ª Etapa	Desbridamento autolítico e de forma antisséptica	- Curativo primário composto por fibras biossintéticas de celulose e poli-hexametileno biguanida 0,3% (PHMB).	- Curativo primário: Suprasorb® X + PHMB
		- Curativo secundário composto por manta com quatro camadas (a camada em contato com a pele é recoberta com alumínio).	- Curativo secundário: Metalline®
2ª Etapa	Acelerar o processo cicatricial	- Curativo primário: membrana de biocelulose porosa	- Curativo primário: Biocel PT® Suprasorb®
		- Curativo secundário: manta aluminizada	- Curativo secundário: Metalline®

suma importância que médicos que prestam o primeiro atendimento saibam reconhecer condições dermatológicas potencialmente graves e que solicitem a avaliação do especialista precocemente. O dermatologista é o profissional com maior aptidão para realizar a avaliação inicial e o seguimento desses pacientes, além de indicar os melhores curativos e o cuidado correto com a pele em cada fase da evolução da doença. Após realizados o diagnóstico e a avaliação da gravidade e extensão do quadro, outros profissionais devem ser envolvidos na condução do caso de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente. Essa abordagem multidisciplinar permite avaliação global e humanizada que envolve todos os aspectos da doença, e possibilita uma maior adaptação com menor morbimortalidade e retorno mais rápido às atividades habituais.

REFERÊNCIAS

1. Letko E, Papaliodis DN, Papaliodis GN, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a review of the literature. Ann Allergy Asthma Immunol 2005;94:419-36. quiz 36-8, 56.
2. Y.K. HENG, H.Y. LEE, J.-C. ROUJEAU. Epidermal necrolysis: 60 years of errors and advances: British Journal of Dermatology 2015; 173, 1250-54.
3. Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, et al. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. Arch Dermatol 1993;129:92-6.
4. Sahar K, Sotiria P, Hajirah NS, et al. Stevens-Johnson Syndrome/ Toxic Epidermal Necrolysis e A Comprehensive Review and Guide to Therapy. I. Systemic Disease, The ocular surfasse. 2016 Jan; vol.14 no.1.
5. Garcia-Doval I, leCleach L, Bocquet H, et al. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome: does early withdrawal of causative drugs decrease the risk of death? Arch Dermatol, 2000;136:323-27.
6. Bulisani ACP, Sanches GD, Guimarães HP. Stevens-Johnson syndrome and toxical epidermal necrolysis in intensive care medicine: Rev. bras. ter. intensiva 2006 Jul-Set; vol.18 no.3.
7. Schneck J, Fagot JP, Sekula P, et al. Effects of treatments on the mortality of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a retrospective study on patients included in the prospective EuroSCAR Study. J Am Acad Dermatol 2008; 58:33-40.
8. Colodetti R, Silva kcv, Pontes MB. Stevens-Johnson syndrome: nursing interventions on topic healing treatment in pediatrics. Revista Enfermagem Atual In Derme.2015; 72 (10):39-48.
9. Oliveira A, Sanches M, Selores M. O espectro clínico síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica. Acta Med Port. 2011; 24(S4):995-1002.

✉ Endereço para correspondência
Michely de Almeida Pescador
Rua Avelino Tramontin, 229
88.950-000 – Jacinto Machado/SC – Brasil
☎ (48) 3535-1568
michely_ap@hotmail.com

Recebido: 8/11/2017 – Aprovado: 16/1/2018

Complicações de uma rara doença: dermatomiosite

Complications of a rare disease: Dermatomyositis

Ana Thereza Perin[1], Victor Antonio Kuiava[1], Saionara Zago Borges[2], Larissa Kochenborger[3]

RESUMO

Caso de dermatomiosite com comorbidades características como disfagia, dispneia, alterações cutâneas e perda de força motora. Paciente do sexo feminino com o diagnóstico de dermatomiosite há 10 meses é internada para tratar pneumonia intersticial inespecífica, identificada após como consequência de uma infecção causada por Klebsiella pneumoniae. A dermatomiosite é uma condição rara com incidência de dois a sete novos casos por milhão. É uma doença inflamatória inespecífica com característica sistêmicas e autoimunes, que acomete primariamente o sistema musculoesquelético e cutâneo, sendo altamente mórbida para os pacientes por seu caráter debilitante. O objetivo deste trabalho é ressaltar as principais características da doença, como epidemiologia, sintomatologia, consequências e tratamento.

UNITERMOS: Dermatomiosite, Relato de Caso, Pneumonia, Miosite Autoimune, Miopatia Inflamatória.

ABSTRACT

Case of dermatomyositis with characteristic comorbidities such as dysphagia, dyspnea, skin changes and loss of motor force. A female patient diagnosed with dermatomyositis for 10 months is admitted to treat non-specific interstitial pneumonia, which was identified as a consequence of an infection caused by Klebsiella pneumoniae. Dermatomyositis is a rare condition with an incidence of two to seven new cases per million. It is a nonspecific inflammatory disease with systemic and autoimmune characteristics, which primarily affects the musculoskeletal and cutaneous system, being highly morbid to patients because of its debilitating nature. The aim of this study is to highlight the main characteristics of the disease, such as epidemiology, symptomatology, consequences and treatment.

KEYWORDS: *Dermatomyositis, Case Report, Pneumonia, Autoimmune Myositis, Inflammatory Myopathy.*

INTRODUÇÃO

A dermatomiosite (DM) consiste em uma doença inflamatória idiopática com características autoimunes e sistêmicas, que acomete o revestimento cutâneo, o sistema muscular e, geralmente, outros órgãos (1). Trata-se de um distúrbio raro, pois, a cada ano, há uma incidência de apenas dois a sete novos casos por milhão de habitantes, com uma prevalência de cinco a 22 a cada 100.000 habitantes (1,2). As maiores taxas da doença ocorrem entre as idades de cinco a 14 e de 45 a 65 anos, com média aos 40 anos, sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens (3,4).

Por ser sistêmica, existem complicações em alguns casos, sendo mais comuns as que estão relacionadas ao acometimento articular, à doença esofágica, pulmonar, cardíaca e calcinose. Além disso, o risco de malignidade é aumentado em pacientes portadores da doença (3). O presente relato visa à apresentação do caso de uma paciente do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), localizado na cidade de Passo Fundo, internada com sérios agraves da doença, a qual comprometeu, principalmente, as funções pulmonar e esofágica.

[1] Estudante de Medicina da Universidade de Passo Fundo (UPF).

[2] Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora da Faculdade de Medicina da UPF e Dermatologista.

[3] Doutora em Neurociências pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora da Faculdade de Medicina da UPF.

RELATO DE CASO

O. J. C., 46 anos, feminino, branca, já diagnosticada com dermatomiosite há dez meses, deu entrada na emergência do HSVP queixando-se de tosse seca e dispneia aos esforços, sintomas que começaram há alguns anos e pioraram nos últimos meses. Além disso, relatou disfagia progressiva, artralgia, fraqueza da musculatura proximal, mialgia, febre e lesões cutâneas, especialmente nos locais onde havia maior incidência solar. No decorrer da internação, apresentou murmúrio vesicular diminuído e estertores crepitantes bilaterais, além de crises de dispneia aos mínimos esforços.

Solicitou-se exame de tomografia computadorizada do tórax, eletroneuromiografia e biópsia do pulmão, tendo como resultados, respectivamente, a presença de áreas de vidro fosco mais proeminentes à direita, padrões compatíveis com a dermatomiosite e pneumonia intersticial inespecífica. Ao exame de escarro, foi diagnosticada a presença da bactéria *Klebsiella pneumoniae*.

O tratamento foi feito com prednisona, porém as complicações respiratórias continuaram piorando, sendo necessária a admissão na CTI. Após dois meses de internação, veio a óbito por insuficiência respiratória aguda causada pela doença pulmonar intersticial, consequência da dermatomiosite.

DISCUSSÃO

A dermatomiosite pode ser classificada em seis categorias distintas: dermatomiosite primária idiopática (DMPI); dermatomiosite associada à doença do tecido conjuntivo (DMDC); dermatomiosite amiopática (DMA), dermatomiosite juvenil (DMJ) e dermatomiosite associada a neoplasias (DMN) (3). A paciente se enquadra no grupo da DMPI devido aos seus sintomas e à exclusão das outras subcategorias por, respectivamente, não possuir doenças do tecido conjuntivo, ter o fator miopático em seu quadro clínico, ser maior de 18 anos e não possuir neoplasias.

Apesar de ser idiopática, a doença pode estar associada a diversas condições. Entre elas, estão principalmente os vírus (influenza A, hepatite B, vírus da imunodeficiência humana – HIV –, entre outros), as drogas (penicilina, anti-inflamatórios não esteroides, corticoides, álcool, entre outros, com sintomas iniciados após poucos meses do início da administração) e os antígenos de histocompatibilidade (HLA-B8, HLA-B14, HLA-DR3, HLA-DRw52 e HLA-DQA1) (3).

A patologia é dada pela lesão dos capilares intramusculares por imunocomplexos, levando à isquemia localizada do músculo. Com isso, linfócitos T desencadeiam reações que terminam com a destruição das fibras (3,5).

Seu diagnóstico, definido por Boham e Peter, é clínico e laboratorial, definido quando há a presença de quatro das cinco possíveis manifestações apresentadas (Quadro 1) (1). As manifestações mais comuns são a perda de força da musculatura proximal e as erupções cutâneas (3).

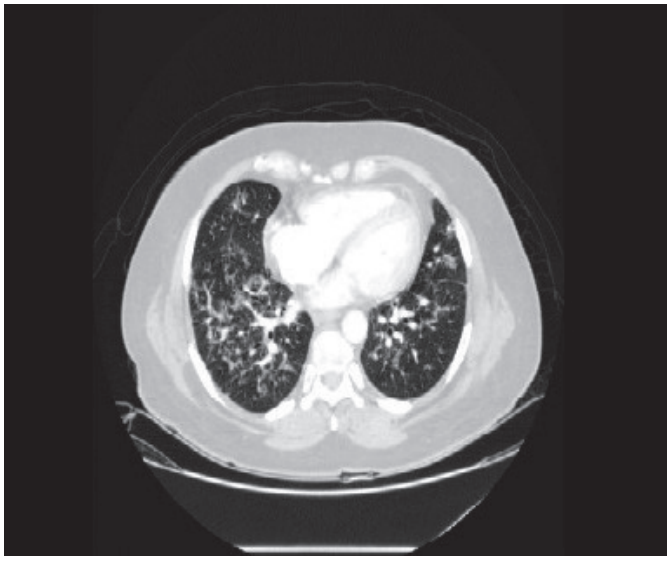


Figura 1. Tomografia Computadorizada de Tórax – corte transversal. Apresenta infiltrado intersticial difuso em ambos os pulmões e áreas de vidro fosco



Figura 2. Pápulas e Sinal de Gottron, eritema periungueal e telangiectasias (paciente após 22 dias de internação)



Figura 3. Hiperpigmentação e fissuras na face palmar da mão (paciente após 22 dias de internação)

Quadro 1. Critérios de Diagnóstico Definidos por Boham e Peter (1)

- Enfraquecimento muscular simétrico e proximal, havendo a possibilidade de disfagia e disfunções respiratórias.
- Alterações cutâneas, como Pápulas de Gottron, heliótropo, eritema violáceo descamativo nos ombros, joelhos, maléolos, dorso e tronco e eritema periungeal e telangiectasias.
- Aumento sérico das enzimas musculares, como creatinofosfoquinase (CPK), aldolase, transaminases e desidrogenase lática.
- Eletroneuromiografia com unidades de potenciais motores polifásicos, de baixa amplitude e curta duração, fibrilações, ondas pontiagudas positivas e descargas espontâneas bizarras e de alta frequência.
- Biópsia muscular com degeneração, regeneração, necrose, fagocitose ou infiltrado mononuclear intersticial.

O caso em estudo concorda com, pelo menos, quatro fatores: enfraquecimento muscular proximal, com mialgia nos membros inferiores, disfagia e problemas respiratórios; alterações cutâneas características da patologia (Pápulas de Gottron, eritema violáceo nas áreas ósseas proeminentes com fotossensibilidade, fissuras nas palmas das mãos com hiperpigmentação, eritema e telangiectasias periungueais); eletroneuromiografia compatível e biópsia indicando infiltrado intersticial.

Alterações pulmonares são relativamente frequentes (15-30%), levando a um mau prognóstico (1). As complicações respiratórias são causadas em função da fraqueza muscular do diafragma e da parede torácica, tendo a dispneia como principal sintoma devido à hipoventilação (1,3). Além disso, em virtude da imunodepressão, pneumonia intersticial causada por *Klebsiella pneumoniae* é a infecção oportunista mais comum em casos de dermatomiosite (6). A ocorrência de doença pulmonar é associada a uma rápida falência do órgão, podendo levar à morte (2,7,8). Disfagia ocorre em torno de 35% dos pacientes em função do enfraquecimento da musculatura estriada da faringe ou do terço proximal do esôfago e torna-se progressiva conforme acontece o acometimento muscular pela patologia (1,3).

A intervenção é feita por meio de glicocorticoides, especialmente prednisona, devido à ação imunossupressora do fármaco, e o objetivo é aumentar a força muscular e evitar novas complicações (1,9). O tratamento tem duração aproximada de um ano, sendo dividido em duas partes: dosagem maior (1mg/kg ao dia) nos primeiros meses para controlar a doença e redução gradual da dose nos meses subsequentes até a marca da menor dosagem efetiva para conter a patologia (9).

CONCLUSÃO

Apesar da baixa frequência, a dermatomiosite é uma doença altamente mórbida. Seus acometidos situam-se em faixas etárias jovens e produtivas, sendo, portanto, fundamental um tratamento intensivo para tentar diminuir sua sintomatologia e suas consequências. Cabe ao médico uma elevada suspeita clínica para a doença, e ao paciente uma rápida procura por atendimento hospitalar tão logo os sintomas se iniciarem. Dessa forma, será possível realizar um diagnóstico precoce, o qual é de suma importância para a efetivação de um tratamento rápido e eficaz, evitando assim as complicações sistêmicas proporcionadas pela patologia.

REFERÊNCIAS

1. ORTIGOSA, L. C. M.; MANOEL, V. M. S. Dermatomiosite. **An Bras Dermatol**, v. 83, n. 3, p. 247-59, 2008.
2. MILLER, M. L.; VLEUGELS, R. A. **Clinical manifestations of dermatomyositis and polymyositis in adults.** UpToDate, 2017. Disponível em: . Acesso em 21 de novembro de 2017.
3. DI GIÁCOMO, C. G. et al. Atualização em dermatomiosite. **Rev Bras Clin Med.**, v. 8, n. 5, p. 434-9, 2010.
4. SOUZA, F. H. C. et al. Dermatomiosite em adulto: experiência de um centro terciário brasileiro. **Rev Bras Reumatol**, v. 52, n. 6, p. 897-902, 2012.
5. SHINJO, S. K.; SOUZA, F.; MORAES, J. C. Dermatomiosite e polimiosite: da imunopatologia à imunoterapia (imunobiológicos). **Rev Bras Reumatol**, v. 53, n. 1, p. 105-110, 2013.
6. CHEN, I. J. et al. Infections in polymyositis and dermatomyositis: Analysis of 192 cases. **Rheumatology**, v. 49, n. 12, p. 2429-2437, 2010.
7. AMORIM, T. DE M. et al. Morphological alterations of upper gastrointestinal tract in patients with new onset-dermatomyositis: correlation with demographic, clinical and laboratory features. Medical Express, v. 4, n. 2, p. 1-7, 2017.
8. MAINETTI, C.; BERETTA-PICCOLI, B. T. Cutaneous Manifestations of Dermatomyositis: a Comprehensive Review. **Clinic Rev Allerg Immunol**, 2017. Disponível em: . Acesso em 20 de novembro de 2017.
9. MILLER, M. L. **Initial treatment of dermatomyositis and polymyositis in adults.** UpToDate, 2017. Disponível em: . Acesso em 21 de novembro de 2017.

✉ Endereço para correspondência
Ana Thereza Perin
Rua Marcelino Ramos, 355/407
99.010-160 – Passo Fundo/RS – Brasil
☎ (54) 99126-7312
anathperin@hotmail.com

Recebido: 21/11/2017 – Aprovado: 16/1/2018

Riscos ocupacionais e sintomas osteomusculares em feirantes de um município baiano

Occupational risks and musculoskeletal symptoms in market stallholders of a municipality in Bahia

Suelen Silva dos Anjos Galvão[1], Andréia Pires Nascimento[1], Jéssica Meira Mendes[2]

RESUMO

Introdução: Os riscos ocupacionais podem ou não influenciar diretamente nos sintomas osteomusculares dos feirantes, pois expostos ao mesmos em excesso pode prejudicar sua saúde, e as vezes gerar distúrbios osteomusculares. **Objetivo:** Analisar os riscos ocupacionais e os sintomas osteomusculares de feirantes de um município baiano. **Métodos:** Tratase de uma pesquisa quantitativa, transversal, descritiva, com procedimentos técnicos de pesquisa de campo. Foi realizada na feira livre coberta do Bairro Brasil, localizada no Município de Vitória da Conquista, a pesquisa foi composta por 196 feirantes permissionários. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário contendo informações de características sociodemográficas, comportamentais, de trabalho, de riscos ocupacionais e os sintomas osteomusculares. Todos os dados foram analisados no programa The Statistical Package for Social Sciences SPSS® versão 21. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). **Resultados:** Dentre os resultados mais relevantes 76% dos feirantes referiram estar expostos a algum tipo de risco ocupacional, sendo que, a maior parte 74,7% referiram exposição a riscos de origem física, a prevalência global de distúrbio osteomuscular entre os feirantes nos últimos 12 meses e nos últimos 7 dias respectivamente a região anatômica mais afetada foi a coluna lombar com 36,6% e 15,5% das queixas. Além disso 70,4% desses relataram se sentir cansados ao final do dia, 84,5% relataram não ter local para o descanso. **Conclusão:** Os elevados riscos ocupacionais e queixas de sintomas osteomusculares, evidenciam a necessidade de novas pesquisas para melhorar o ambiente ergonômico de trabalho desses feirantes.

UNITERMOS: Riscos Ocupacionais, Saúde do Trabalhador, Transtornos de Traumas Acumulados.

ABSTRACT

Introduction: *Occupational hazards may or may not directly influence musculoskeletal symptoms of market stallholders. Excessive hazard exposure may impair health and sometimes lead to musculoskeletal disorders.* ***Aim:*** *To analyze the occupational hazards and musculoskeletal symptoms of market stallholders in a municipality in Bahia.* ***Methods:*** *This is a quantitative, transversal, descriptive research with technical field research procedures. It was carried out at the free fair of Bairro Brasil, located in the municipality of Vitória da Conquista. The survey was composed of 196 authorized stallholders. To collect the data we used a questionnaire containing information on sociodemographic, behavioral, and work characteristics, as well as occupational risks and musculoskeletal symptoms. All data were analyzed in The Statistical Package for Social Sciences, SPSS® version 21. The study was submitted and approved by the Research Ethics Committee (CEP).* ***Results:*** *Among the most relevant results, 76% of the stallholders reported being exposed to some type of occupational risk, and, in the majority of cases (74.7%) reported exposure to physical risks. The overall prevalence of musculoskeletal disorders in the last 12 months and in the last 7 days concerning the most affected anatomic region was the lumbar spine, with 36.6% and 15.5% of the complaints. In addition, 70.4% of those reported feeling tired at the end of the day, 84.5% reported having no place to rest.* ***Conclusion:*** *The high occupational risks and complaints of musculoskeletal symptoms evidenced the need for further research to improve the ergonomic working environment of these marketers.*

KEYWORDS: *Occupational Hazards, Worker's Health, Accumulated Trauma Disorders.*

[1] Estudante de que? Onde?
[2] Mestre em Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

Há muitos anos, os indivíduos se encontravam em lugares estipulados para realizar a venda ou troca dos seus produtos. Com o passar do tempo, houve um aumento progressivo de adeptos a essa prática comercial, despertando com isso a atenção dos órgãos públicos, que, posteriormente, vieram a intervir na prática com a finalidade de organizar, fiscalizar e cobrar os devidos impostos para a comercialização dos produtos. A partir disso, surgiram as denominadas feiras livres (1)

As feiras livres constituem locais nos quais os comerciantes estabelecem relações de venda ou troca de seus produtos, além de proporcionar interação social entre os feirantes e os clientes. A busca por produtos como alimentos saudáveis e orgânicos, com preços mais acessíveis, leva os consumidores a se dirigirem com maior frequência às feiras livres, ao invés de mercados tradicionais (2).

Lima e Sampaio (3) relatam que as feiras livres se adaptam a cada sociedade de acordo com seu poder econômico, resistindo, muitas vezes, a obstáculos e restrições para alcançar os resultados pretendidos.

No entanto, com a variedade de origens de produtos expostos, a falta de um local apropriado, sendo, muitas vezes, sem cobertura física, e a ausência de depósitos ou locais adequados para o descarte dos produtos quando esses se encontram em condições inapropriadas para o consumo, a feira torna-se um ambiente propício ao desenvolvimento de fatores adversos à saúde dos seus adeptos, principalmente dos feirantes, que se expõem com maior frequência ao ambiente (2).

Segundo Vale *et al.* (4), os feirantes trabalham o dia inteiro em uma média de 10 horas por dia, sem férias, folgas semanais, intervalos, sem renda fixa, expostos a temperaturas elevadas ou baixas demais. Além disso, executam trabalhos que exigem força física com movimentos rápidos e de grande amplitude.

Com isso, tendo em vista que a postura e os movimentos são influenciados pela atividade laboral exercida e pelo posto de trabalho, os feirantes encontram-se expostos a riscos ocupacionais característicos do seu trabalho e a lesões no sistema musculoesquelético, os quais ocorrem principalmente devido à má postura, a cargas elevadas de maneira incorreta e à sobrecarga dos membros superiores, inferiores e da coluna vertebral (5).

Dessa forma, ao considerar que o contato em excesso ou acima dos limiares tolerados a fatores como ruídos, odores, temperaturas elevadas, variações climáticas, contato com produtos intoxicados, bem como fatores relacionados à biomecânica corporal, como manuseio de cargas pesadas, por exemplo, podem ser adversos à saúde dos feirantes, surge o seguinte questionamento: quais são os riscos ocupacionais e os sintomas osteomusculares (SO) em feirantes de um município do interior da Bahia?

Diante do exposto, o presente estudo objetiva analisar os riscos ocupacionais e os SO em feirantes de um município do interior da Bahia, apresentando como objetivos específicos: averiguar as características sociodemográficas, investigar as características comportamentais dos feirantes, analisar as características de trabalho e os riscos ocupacionais aos quais esses trabalhadores estão expostos e verificar a prevalência dos sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho por segmentos corporais.

Portanto, a partir da identificação dos riscos ocupacionais aos quais os feirantes estão expostos e da prevalência de sintomas osteomusculares mais relatados, serão obtidas informações que poderão contribuir com o conhecimento necessário para o planejamento e a execução de ações preventivas com essa classe trabalhadora, objetivando a promoção da saúde, melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida geral.

JUSTIFICATIVA

O Brasil tem passado por um momento de crise econômica originada, principalmente, por problemas políticos e sociais. Diante disso, há uma preocupação constante entre algumas classes trabalhadoras do país, dentre essas os trabalhadores informais como o feirante, por exemplo, que, por ser um trabalhador informal e não possuir renda fixa, muitas vezes, precisa se adaptar a este processo com a adoção de mais de uma opção de trabalho para sua sobrevivência, como, por exemplo, mais de um emprego ou atividades para complemento de renda, mais horas de trabalho, entre outros.

Frequentemente, essas formas de sobrevivência não lhes dão condições favoráveis de trabalho. Dessa maneira, faz-se necessário o conhecimento acerca das influências do trabalho no estado de saúde desses trabalhadores, para que, assim, sejam propostas intervenções objetivando prevenção e promoção à saúde desse trabalhador.

Diante disso, pretende-se com este estudo investigar a ocorrência de sintomas osteomusculares e se há exposição desses trabalhadores a riscos ocupacionais. Espera-se que os resultados evidenciados possam contribuir com o meio científico, além de ampliar a visão da sociedade, dos profissionais de saúde e dos pesquisadores da área, em relação aos riscos físicos e ocupacionais e suas consequências para a saúde dos feirantes.

REFERENCIAL TEÓRICO

Feiras Livres

A feira é um espaço onde se encontram vários tipos de mercadorias de todos os estilos e categorias, constituindo-se um local de encontros de pessoas de diversas classes e funções, como vendedores, consumidores, visitantes, comerciantes, curiosos, entre outros, assim, diálogos oriundos de diferentes lugares se misturam em várias barracas (6). Na maioria das cidades brasileiras, as feiras são con-

sideradas como uma atividade cultural e desempenham o importante papel de abastecimento urbano, aumentando a concorrência de mercados (1).

Além de ser um ambiente propício ao comércio, também é vantajoso à sociabilidade, diante das relações de solidariedade, estabelecidas desde a Idade Média até a contemporaneidade. Historicamente, as feiras adquiriram uma relevância que ultrapassa seu papel comercial e as transforma em um local de trocas, aprendizado, onde se formam laços (7).

Com a modernização, como os hipermercados, por exemplo, a feira livre ainda tem seu grande papel de abastecimento (8).

De acordo com Rocha *et al.* (2), as feiras, em áreas abertas, são os locais onde os produtores comercializam suas mercadorias. Conforme Silva, Amorim e Almeida (9), a feira livre foi um importante contribuinte para a formação, organização e consolidação das cidades.

Além disso, a feira corresponde a um centro de distribuição e movimento de capital de renda para a região, contribuindo para a política e economia local, em que muitos trabalhadores retiram o sustento de suas famílias através da venda de suas mercadorias (10). Ao longo dos anos, as feiras conquistaram uma grande importância, não só por desempenharem uma função comercial como também cultural, visto que, em muitas cidades, há troca de informações, conhecimentos e línguas nesses locais (7).

Segundo Bomfim e Gomes (11), a feira é um espaço que favorece relação, comunicações, diversas culturas e hábitos, promove integração social e econômica.

Riscos ocupacionais e sintomas osteomusculares

Todas as profissões envolvem risco de alguma forma. A Norma Regulamentadora (NR) 9 revela um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais que regulamenta riscos ocupacionais dos trabalhadores, tem algumas cláusulas sobre a mesma, dentre elas, uma das principais citações é a obrigação de elaborar e implementar programas de prevenção a riscos à saúde do trabalhador, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Ela subdivide os riscos em físicos (as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como o infrassom e o ultrassom), químicos (poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores), e biológicos (bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros) (12).

Coutinho *et al.* (13) relatam que, em busca de compradores para suas mercadorias, os feirantes tentam chamar a atenção dos fregueses de várias formas, como batendo palmas, gritando, oferecendo preços acessíveis, e, devido a esses ruídos excessivos, pode-se ocasionar riscos físicos.

O ruído em excesso pode causar diminuição do rendimento no trabalho, além de patologias como cefaleia, estresse, distúrbios emocionais (irritação e dificuldades de concentração), hipertensão e, até mesmo, diminuição ou perda auditiva por conta dos ruído elevados (14). Os danos econômicos e sociais ocorridos de acidentes e doenças do trabalho são inúmeros, com várias consequências, desde danos físicos ao trabalhador até prejuízos econômico-financeiros (15).

De acordo com Fernandes, Rocha e Oliveira (16), no Brasil, uma das principais patologias relacionadas ao trabalho são os distúrbios osteomusculares causados por movimentos repetitivos ou inadequados. Muitos problemas musculares e articulares são, muitas vezes, causados por movimentos inadequados, repetitivos e posturas incorretas no ambiente de trabalho (17).

O Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social (MPAS) adotaram lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), que são lesões causadas pelo grande esforço e pouco repouso (18).

Os sintomas musculoesqueléticos consistem em qualquer anormalidade temporária ou permanente do sistema musculoesquelético, resultando em dor ou desconforto. Sendo assim, as condições adequadas do ambiente de trabalho contribuem para o não aparecimento de lesões no sistema musculoesquelético. O trabalho repetitivo, muitas horas de trabalho, sobrecargas, manuseio inadequado, fadiga favorecem o aparecimento ou agravamento dos sintomas, principalmente em membros superiores e da coluna vertebral (5).

Saúde do trabalhador feirante

A saúde do trabalhador é considerada um movimento social enumerado em ações transformadoras, que visam à garantia e ao respeito aos direitos dos trabalhadores. Os feirantes em seu ambiente de trabalho chamam a atenção pela variedade de cores, sons, cheiros, ao mesmo tempo esses feirantes ficam expostos a vários riscos à sua saúde como biomecânicos, biofísicos e de acidentes (19).

Com isso, a saúde do trabalhador apresenta-se relevante em vários ambientes e órgãos de trabalho devido aos adoecimentos e às doenças relativas ao trabalho. O trabalhador feirante está exposto a acidentes de trabalho, estresses físicos e mentais (20). Segundo Bomfim e Gomes (11), as feiras livres, por, muitas vezes, constituir-se como um setor informal, propiciam riscos maiores de doenças adquiridas e contaminações.

Desse modo, o trabalhador feirante precisa ter habilidades para desenvolver várias funções ao mesmo tempo, desde comprar e vender mercadorias, negociar com clientes, se preocupar com sua segurança, o que exige muito de seu psicológico, motor e cognitivo (19).

É importante ressaltar que os trabalhadores que desenvolvem atividades informais atuam em ambientes de insegurança laboral, frequentemente, não têm nenhum seguro e proteção vinculados, condições desfavoráveis no ambiente

de trabalho, extensas jornadas de trabalho, e os rendimentos do trabalho são baixos. Cada item desses pode gerar prejuízos à saúde e à segurança desses trabalhadores (21).

Dessa forma, a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), em 2002, constitui um papel importante na área de saúde do trabalhador, por meio da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), a qual possui abrangência estadual, regional ou municipal, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais (22).

Para melhorar o desempenho no trabalho e verificar a saúde do trabalhador, é necessário algum instrumento que consiga averiguar o que precisa ser mudado. Na saúde, os indicadores ajudam na análise e no acompanhamento da saúde do trabalhador fornecendo informações sobre os riscos expostos que possam ser prejudiciais à saúde (23).

De acordo com Trindade *et al.* (24), a saúde dos trabalhadores está interligada diretamente com as formas de trabalho que exercem. As faltas no trabalho têm sido recorrentes cada vez mais relacionadas a doenças ocupacionais e más condições no trabalho.

MÉTODO

Tipo da pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, transversal, de caráter descritivo, com os procedimentos técnicos de pesquisa de campo.

Conforme Marconi e Lakatos (25), o estudo do tipo quantitativo prioriza indicar, através de números, a frequência e a intensidade dos hábitos dos indivíduos de uma determinada população. Além disso, permite o teste de hipótese, uma vez que os resultados são definidos e representados numericamente, reduzindo, assim, os erros de interpretação.

A pesquisa descritiva tem a finalidade de observar, registrar e analisar as ocorrências. Nesse tipo de pesquisa, não pode haver intervenção do pesquisador (26).

Quanto à transversalidade de um estudo, esta se caracteriza por ter todas as informações coletadas em um único momento, não necessitando, com isso, do acompanhamento dos entrevistados em outros períodos (27).

Segundo Marconi e Lakatos (28), a pesquisa de campo caracteriza-se por utilizar investigações para a obtenção de informações que resolvam uma questão-problema, através da solução e comprovação da mesma.

Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no município de Vitória da Conquista, localizado na região sudoeste do estado da Bahia. Conforme informações da Secretaria Municipal de Comunicação (Secom), Vitória da Conquista conta com quatro feiras livres, sendo elas: Ceasa, Feira coberta da Patagônia, Feira coberta do Alto Maron e Feira coberta do bairro Brasil.

O local escolhido para a realização da presente pesquisa foi a feira livre coberta do bairro Brasil, na zona oeste do município. O referido campo de estudo foi escolhido devido ao acesso facilitado aos pesquisadores e por se tratar de um bairro de extensa área territorial, que tem a atuação de uma parcela representativa do total de trabalhadores feirantes do município.

De acordo com informações colhidas na Secom, a feira livre do bairro Brasil conta com 196 feirantes permissionários.

Sujeitos da pesquisa

A população do estudo foi composta por feirantes de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos, cadastrados na feira livre do bairro Brasil da cidade de Vitória da Conquista e registrados na prefeitura do município.

Foram excluídos todos os feirantes que não se apresentam regularmente cadastrados na prefeitura municipal e menores de 18 anos de idade.

Instrumento e técnica de coleta de dados

A presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e aprovada pelo CEP, e a coleta de dados foi iniciada e realizada de forma individual em seu próprio local de trabalho.

Foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e, posteriormente, foram retiradas todas as possíveis dúvidas dos feirantes. Após a aceitação da participação da pesquisa, os mesmos foram convidados a assinarem o termo que garante o anonimato das informações coletadas. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário padronizado (Apêndice B). Tal instrumento de coleta foi composto pelas seguintes informações:

Características sociodemográficas: Sexo, idade, estado civil, se possui filhos, quantos filhos, grau de escolaridade.

Características comportamentais: Prática de atividade física, ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo. A prática de atividade física será avaliada pelo autorrelato através dos seguintes questionamentos: "O Sr (a) pratica alguma atividade física?"; "Com que frequência da semana o sr. (a) pratica atividade física?"; "Qual é a duração da prática de atividade física que o Sr.(a) pratica?". A ingestão de bebidas alcoólicas será dividida em duas categorias: indivíduos que não bebem ou bebem 1 dia por semana e aqueles que bebem 2 ou mais dias por semana, tendo como referência temporal os últimos três meses. O tabagismo será avaliado através do questionamento "O Sr.(a) tem ou teve o hábito de fumar?" As respostas serão classificadas em ex-fumante, nunca fumou e fuma atualmente.

Características de trabalho: Há quanto tempo trabalha como feirante, quantas horas por dia trabalha, quantas ho-

ras semanais, qual o turno em que trabalha, se considera o trabalho exaustivo, se há pressão do tempo no trabalho da feira, se há exigência de produtividade, se sente cansaço no final do dia, se realiza pausas para o descanso, se possui local para o descanso.

Riscos ocupacionais: Se trabalho o(a) expõe a algum dos fatores (exposição a infecções e doenças, exposição a perfuro-cortantes, falta de equipamento de segurança, exposição a produtos químicos, iluminação deficiente, poeira, chuva, ruídos, fiação elétrica exposta, estresse físico).

Distúrbios osteomusculares: Serão avaliados através do questionário *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (NMQ), e esse foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração de relato de sintomas osteomusculares e, assim, facilitar a comparação dos resultados entre os estudos (29). Através desse questionário, é possível identificar sintomas osteomusculares em diversas regiões anatômicas do corpo humano, tais como: região cervical, ombros, braços, cotovelo, antebraço, punho/mãos/dedos, região dorsal, região lombar, quadril/membros inferiores. Esse questionário avalia qual desses segmentos corporais está ou foi afetado nos últimos 12 meses e nos últimos 7 dias, com manifestações de formigamento/dormência ou dor.

Para construção do banco de dados, todas as variáveis do questionário (questões) foram codificadas. A variável idade foi tricotomizada nas seguintes faixas etárias: 18-30 anos; 31-60 anos e 61 anos ou mais. A situação conjugal foi categorizada em indivíduos com companheiro, que foi composto pelos profissionais casados e com união estável, e sem companheiro, pelos solteiros, divorciados/separados/desquitados e viúvos.

Quanto às características profissionais, o tempo de trabalho nesta ocupação e a carga horária diária de trabalho foram tricotomizados de acordo com as respostas em: menos de 1 ano, entre 1 ano e 3 anos e mais de 5 anos, e a carga horária diária de 1 a 5 horas, de 6 a 10 horas e de 11 horas ou mais.

O autorrelato dos riscos do ambiente laboral foi categorizado de acordo com os riscos ocupacionais descritos na Portaria nº 3214 do Ministério do Trabalho (12) e regulamentado pela NR nº 05, que classificam os riscos em cinco tipos: riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e de acidente.

Com isso, as variáveis foram agrupadas em químicos (produtos químicos), físicos (iluminação deficiente, chuva, ruído), biológicos (infecções e doenças), ergonômicos (estresse físico) e de acidentes (perfuro-cortantes, fiação elétrica e falta de equipamentos de segurança).

Análise dos dados

Os questionários foram codificados e, posteriormente, tabulados em dupla digitação no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)® versão 21. No mesmo programa, foi realizada uma análise para verificação de inconsistências e correção dos erros encontrados. Para a análise estatística, foi feita a análise univariada de todas as informações coletadas, com análise descritiva dos resultados (frequência absoluta e relativa, média aritmética e desvio-padrão).

Aspectos Éticos

A presente pesquisa encontra-se em conformidade com os procedimentos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual aborda normas regulamentadoras de pesquisa que envolve seres humanos. Dentre as exigências da resolução, encontra-se a obrigatoriedade de esclarecimentos aos participantes, ou representantes deles, acerca dos procedimentos adotados durante a realização de toda a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios.

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil e aprovada pelo CEP da Faculdade Independente do Nordeste (Fainor), através do protocolo 2.015.297. A partir da sua aprovação e aceitação dos voluntários, os mesmos serão convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que oficializará a sua concordância e participação na pesquisa, tendo como garantia o anonimato das informações cedidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta dos dados da presente pesquisa foi realizada no período de março a abril do ano de 2017. Dos 196 feirantes permissionários do bairro Brasil de Vitória da Conquista/BA, 10 boxes foram excluídos da pesquisa por constituírem estabelecimentos de serviços não característicos de feira livre, 5 estavam interditados no momento da coleta de dados e 40 boxes estavam fechados em dias e horários alternados no período de 15 dias, e 25 feirantes proprietários de boxes se recusaram a participar da pesquisa, totalizando 70 perdas. Foi observado, durante a coleta dos dados, que, dos 116 boxes restantes, 45 boxes pertenciam a feirantes com boxes múltiplos, ou seja, um mesmo feirante era proprietário de dois, três até seis boxes da feira livre. Com isso, a população final do presente estudo constituiu-se de 71 feirantes. O processo de seleção da amostra encontra-se descrito no diagrama de decisões (Figura 1).

A média de idade dos entrevistados foi de 49,46 ± 17,03 anos (variando entre 19 e 90 anos). A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (50,7%), com idade entre 31 e 60 anos (53,5%), com situação conjugal sem companheiro (53,5%), com filhos (67,6%), e grau de escolaridade com ensino fundamental completo (56,3%). Em relação às características comportamentais, 64,8% referiram não praticar atividade física, 77,5% não ingerem bebidas alcóolicas e 85,9% relataram nunca ter fumado (Tabela 1).

Nota-se neste estudo que a profissão de feirante é predominantemente composta pelo sexo masculino, 50,7%.

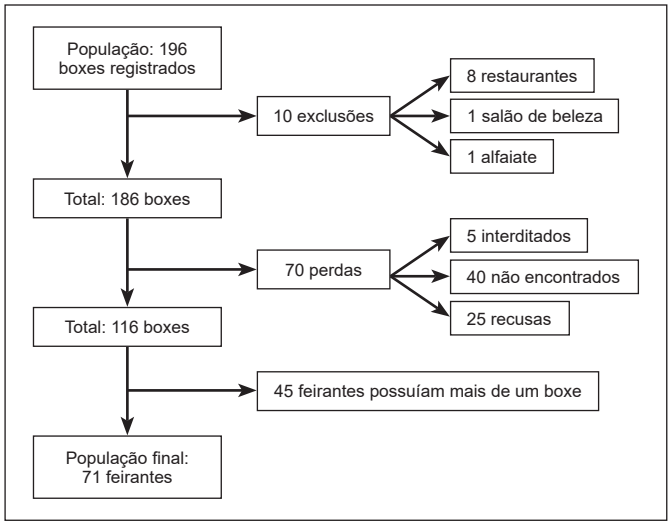


Figura 1. Diagrama de decisões do processo de inclusão dos feirantes no estudo, Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2017

Tabela 1. Características sociodemográficas e comportamentais dos feirantes residentes em um município do interior da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2017

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	36	50,7
Feminino	35	49,3
Idade		
18 a 30 anos	13	18,3
31 a 60 anos	38	53,5
61 anos ou mais	20	28,2
Situação conjugal		
Com companheiro(a)	33	46,5
Sem companheiro(a)	38	53,5
Possui filhos		
Sim	48	67,6
Não	23	32,4
Nível de escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	40	56,3
Ensino Médio Completo	25	35,3
Ensino Superior	2	2,8
Outro	4	5,6
Prática de atividade física		
Sim	25	35,2
Não	46	64,8
Ingestão de bebida alcóolica		
Não ingere	55	77,5
Ingere	16	22,5
Uso de cigarro		
Nunca fumou	61	85,9
Ex-fumante	3	4,2
Fuma atualmente	7	9,9

Esses dados também foram encontrados no estudo de Rios e Nery (30), em que a maioria foi do sexo masculino (54,6%), em uma pesquisa feita com feirantes sobre a saúde e acidentes de trabalho.

A faixa etária mais prevalente no presente estudo foi de 31 a 60 anos. Por serem trabalhadores informais, permanecem ativos por mais tempo; já no estudo de Lima e Mota (31) com feirantes sobre fatores de risco e condições de saúde, foi encontrada uma faixa etária semelhante, na qual a maioria constava entre 40 e 59 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, predominou o Ensino Fundamental completo. No estudo de Rocha *et al.* (2), dos feirantes entrevistados, também prevaleceu o Ensino Fundamental completo.

Quanto ao uso de bebidas alcóolicas, a maioria dos entrevistados não ingere, 77,5%, e quanto ao tabagismo, 85,9% não fumavam. No estudo de Mascarenhas (32), feito sobre a saúde mental de feirantes, foi constatado um índice semelhante ao presente estudo, onde 89,7% dos trabalhadores não fumavam e 72,2% não ingeriam bebida alcoólica.

Com relação às características profissionais, a maioria dos feirantes trabalha há mais de 5 anos na função (71,8%), no turno matutino e vespertino (91,5%), com carga horária de trabalho diária de 11 horas ou mais (47,9%).

A maior parte dos feirantes considera o trabalho muito exaustivo (63,4%), relataram não se sentir pressionados pelo tempo (93,0%) e não sofrer exigência de produtividade (94,4%), afirmaram se sentir cansados ao final do dia (70,4%), não realizavam pausa para o descanso (70,4%), a maior parte dos feirantes relatou não ter disponibilidade de local para o descanso (84,5%) (Tabela 2).

Foi observado que 71,8% dos feirantes do presente estudo possuem mais de 5 anos no trabalho das feiras e que a carga horária dos mesmos é igual ou superior a 11 horas diárias, excedendo assim o limite permitido pelas leis trabalhistas, que determinam oito horas por dia e quarenta horas semanais. Foi encontrado um número similar no artigo sobre percepção dos feirantes sobre saúde de Silva, Amorim e Almeida (9), no qual o tempo de trabalho na feira varia de 1 a 40 anos, com jornada de trabalho entre 5 e 12 horas por dia.

A grande maioria correspondente a 93% dos feirantes relatou não sentir pressão do tempo, e 94,4% não ter exigência de produtividade. Relataram também não possuir local e pausas para descanso, 84,5% e 70,4%, respectivamente. Em um estudo sobre aspectos psicossociais do trabalhador feirante de Mascarenhas (32), foram encontradas controvérsias, pois, em seus resultados, ficou evidenciado que 60,3% dos feirantes afirmaram sentir pressão de tempo e 61,4%, exigência de produtividade. Mas quanto ao local e às pausas para descanso, foram encontrados resultados similares, 66,5% relataram também não possuir.

Foi observado neste estudo que 76% (n=54) dos feirantes entrevistados referiram estar expostos a algum tipo de risco ocupacional, sendo que 74,7% (n=53) afirmaram exposição a riscos de origem física, seguidos por 52,5%

Tabela 2. Características profissionais dos feirantes residentes em um município do interior da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2017

Variável	n	%
Tempo nesta ocupação		
Menos de 1 ano	07	9,9
Entre 1 e 3 anos	13	18,3
Mais de 5 anos	51	71,8
Carga Horária de trabalho diária		
1 a 5 horas	11	15,5
6 a 10 horas	26	36,6
11 horas ou mais	34	47,9
Turno de trabalho		
Matutino	04	5,6
Vespertino	02	2,8
Matutino e vespertino	65	91,5
Considera o trabalho exaustivo		
Sim	45	63,4
Não	26	36,6
Pressão do tempo		
Sim	05	7,0
Não	66	93,0
Exigência de produtividade		
Sim	04	5,6
Não	67	94,4
Cansaço no fim do dia		
Sim	50	70,4
Não	21	29,6
Realiza pausa para descanso		
Sim	21	29,6
Não	50	70,4
Possui local para descanso		
Sim	11	15,5
Não	60	84,5

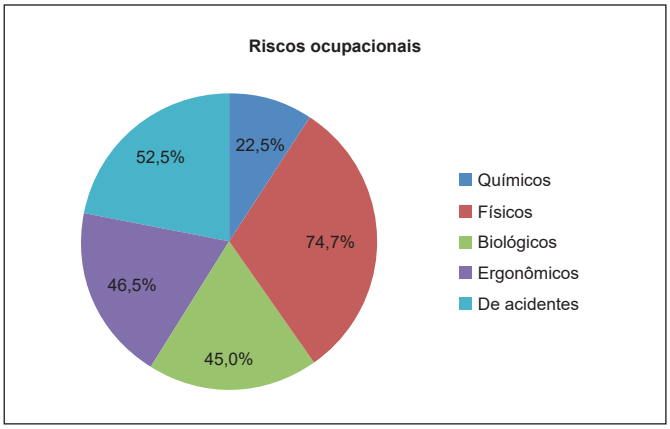


Figura 2. Riscos ocupacionais entre os feirantes. Vitória da Conquiesta/BA, Brasil, 2017

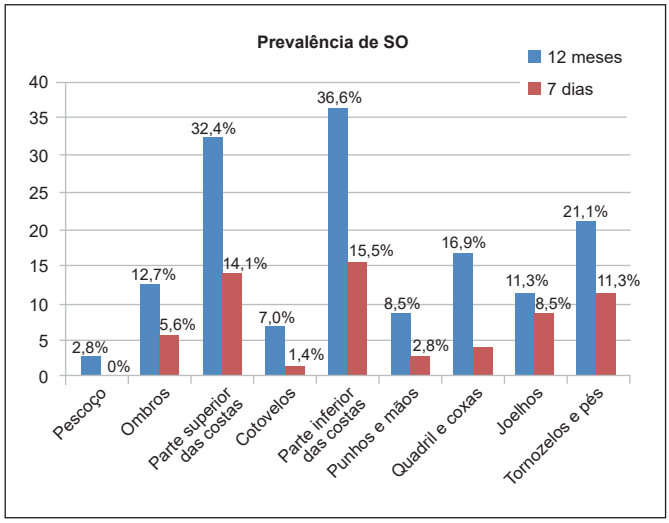


Figura 3. Distribuição dos sintomas osteomusculares pore região anatômica entre os feirantes nos últimos 12 meses. Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2017

(n=37) que disseram estar expostos aos riscos de acidente. Os riscos ocupacionais menos referidos entre os feirantes foram os de origem química (22,5%) (n=16) (Figura 2).

Com relação aos riscos ocupacionais, a maior parte dos entrevistados – 74,7% – respondeu estar exposto a riscos físicos, tais como ruído, calor, frio, pressão, umidade, vibração, chuva, entre outros. Sobre riscos químicos, foi encontrado o menor valor de queixas, onde evidenciou 22,5%. Houve resultados semelhantes no estudo sobre aspectos psicossociais do trabalhador feirante de Mascarenhas (32), onde 67,7% citaram calor insuportável e 70,5% ruídos acima dos limites toleráveis. E os riscos químicos foram menores como no presente estudo, sendo 39,3%.

No âmbito físico, a prevalência global de distúrbios osteomusculares entre os feirantes nos últimos 12 meses foi de 56,4% (n= 40) e, nos últimos 7 dias, foi de 21,2% (n=15). Analisando a distribuição da sintomatologia dolorosa dos sintomas referidos dos últimos 12 meses, entre as regiões anatômicas mais afetadas encontrou-se coluna lombar, com 36,6% (n=26) das queixas, seguida da coluna torácica com 32,4% (n=23), e tornozelo e pés com 21,1% (n=15). Dentre as menos acometidas estão o pescoço ou coluna cervical, com 2,8% (n=2) de prevalência, e cotovelos com 7,0% (n=5).

Em relação aos últimos 7 dias, as maiores prevalências se assemelharam às referidas nos últimos 12 meses, sendo a coluna lombar com 15,5% (n=11) e coluna torácica com 14,1 % (n=10). O pescoço ou coluna cervical foi a única região anatômica que não foi referida como SO, sendo os cotovelos a região com menor prevalência com 1,4% (n=1), conforme demonstrado na Figura 3.

Com relação aos SO, foram evidenciados altos índices de dor em coluna lombar e torácica nos últimos 12 meses e nos últimos 7 dias, respectivamente. Foi presenciado que

as articulações mais acometidas por dores foram as que mais sofrem sobrecargas, como coluna lombar, torácica e articulações de tornozelo e pés.

A alta prevalência de SO nos feirantes tem relação com a forma de execução do trabalho, onde há muita sobrecarga, pois, na maioria das vezes, o trabalho é manual e sem qualquer adequação postural, o que pode ocasionar esses sintomas, principalmente lombares devido a pesos carregados e elevados sem alinhamento corporal, posturas inadequadas, em que foi presenciado uso de bancos sem encostos e cadeiras não adequadas.

No estudo de Ferreira *et al.* (33), a sintomatologia encontrada em seu artigo sobre a qualidade de vida em feirantes constatou resultados similares ao do presente estudo, em que a maior prevalência de SO foi em regiões das pernas e na coluna lombar. Também foram encontrados resultados semelhantes no estudo de Palencia *et al.* (34), o qual teve maior predomínio de dores em Coluna e pernas.

Diante do exposto, torna-se importante ressaltar a limitação de comparações entre os achados deste estudo com os dados disponíveis na literatura, devido à carência de pesquisas com trabalhadores feirantes.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo apontaram um perfil sociodemográfico em que a maioria dos trabalhadores feirantes foi do sexo masculino, com faixa etária entre 31 e 60 anos, com Ensino Fundamental completo. Sobre as características comportamentais, houve predomínio de não ingestão de bebidas alcoólicas e, quanto ao cigarro, a maioria autodeclarou nunca ter fumado.

Dentre os resultados mais relevantes sobre características profissionais dos feirantes, foi constatado que a maioria trabalha há mais de 5 anos (71,8%), com carga horária elevada de mais de 11 horas por dia (47,95), em que grande parte se sente cansado no fim do dia (70,4%) e considera o trabalho exaustivo (63,4%), onde os mesmos relataram não realizar pausas para descanso (70,4%).

As condições de trabalho dos feirantes demonstraram elevadas exposições a riscos ocupacionais, em que os maiores deles foram físicos (74,7%), seguido dos riscos de acidentes (52,5%), sendo que os menores índices ficaram com os riscos químicos (22,5%). Todos os feirantes relataram estar expostos a algum risco ocupacional, podendo assim prejudicar de alguma forma sua saúde ou lhes causar danos físicos.

A prevalência de SO nesta população foi elevada nos últimos 12 meses, sendo que a mais relatada foi a coluna lombar (36,6%), seguido de colona torácica (32,4%) e tornozelo e pés (21,1%), onde os menores índices ficaram com pescoço (2,8%), seguido de cotovelo (7,0%). Com relação aos últimos 7 dias, houve resultados semelhantes, em que a coluna lombar teve mais queixas (15,5%), seguido de coluna torácica (14,1%); os menores foram pescoço, que não teve queixas (0,0%), seguido de cotovelo (1,4%).

Dessa maneira, foram identificados vários riscos à saúde dos feirantes entrevistados, altos índices de SO que podem prejudicar suas atividades laborais e de vida diária. Devido a isso, evidencia-se a importância de políticas públicas de atenção à saúde desse trabalhador para que possam ser minimizadas as queixas. Sugere-se que os feirantes façam pausas para descanso, e tenham orientações quanto à postura e à ergonomia.

Com isso, sugiro mais pesquisas baseadas em evidências nesta área para melhores discussões sobre possíveis fatores que influenciem a saúde e minimizem os riscos ocupacionais e sintomas osteomusculares nesta população.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS, E.T.; MACHADO, L.C.; CLEPS, G.D.G. Feiras livres em uberlândia (mg): uma abordagem histórica, espacial e cultural. Revista Geográfica de América Central, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/2843> Acesso em: 11 nov. 2016.
2. ROCHA, H.C.; COSTA, C.; CASTOLDI, F.L.; CECCHETTI, D.; CALVETE, E.O.; LODI, B.S. Perfil socioeconômico dos feirantes e consumidores da Feira do Produtor de Passo Fundo, RS. Ciência Rural, 2010. Disponível em: Acesso em: 14 out. 2016.
3. LIMA, A.E.F.; SAMPAIO, J.L.F. Aspectos da formação espacial da feira-livre de Abaiara - Ceará. XIX Encontro Nacional de Geografia Agrária. São Paulo, 2009, p. 1-19.Disponível em: Acesso em: 11 nov. 2016.
4. VALE, P.R.L.F.; SANTOS, T.P.; SATURNINO, M.N.; AGUIAR, M.G.G.; CARVALHO, E.S.S. Itinerários terapêuticos de feirantes diante das necessidades de saúde dos familiares. Revista Baiana de Enfermagem. v. 29, n. 4, p. 372-381, 2015. Disponível em: Acesso em: 11 nov. 2016.
5. BATIZ, E.C.; NUNES, J.I.S.; LICEA, O.E.A. Prevalência dos sintomas musculoesqueléticos em movimentadores de mercadorias com carga. Revista Produção, v. 23, n. 1, p. 168-177, 2013. Disponível em: Acesso em: 11 nov. 2016.
6. ALMEIDA, M.D.; PENA, P.G.L. Feira livre e risco de contaminação alimentar: estudo de abordagem etnográfica em Santo Amaro, Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública. v .35, p.110-127, 2011. Disponível em: Acesso em: 03 out. 2016.
7. ARAÚJO, G. Aspectos sociais do cotidiano das feiras livres: um estudo etnográfico em território português e em solo brasileiro. Revista de Ciências Empresariais, v. 9, n.2, p. 49-64, 2012. Disponível em: Acesso em: 08 out. 2016.
8. BASTOS, L.S.; BARBOSA, M.J. Segregação e precarização: análise das condições de trabalho e moradia dos feirantes vendedores de carne suína, 2012. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/texto/gt7/segregacao.pdf> Acesso em: 18 out. 2016.
9. SILVA, S.R.A.; AMORIM, R.C.; ALMEIDA, A.M. Percepção de feirantes hipertensos sobre o adoecer crônico. Revista Enfermagem UERJ, 2015. Disponível em: Acesso em: 20 nov. 2016.
10. GODOY, W.I.; ANJOS, F.S. A importância das feiras livres ecológicas: um espaço de trocas e saberes da economia local. Revista Brasileira de Agroecologia. v.2, n.1, 2007. Disponível em: Acesso em: 02 out. 2016.
11. BOMFIN, L.A.; GOMES, A.F. Gestão na feira do interior: Estudo na feira do brairro Brasil, Vitória da Conquista- BA. Revista Brasileira de Administração Política. v.8, n. 1, p. 101-122, 2015. Disponível em: Acesso em: 14 out. 2016.
12. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 9 - Programa de prevenção de riscos ambientais. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1978. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR9.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2016.
13. COUTINHO, E.P.; NEVES, H.C.N.; NEVES, H.C.N.; SILVA, E.M.G. Feiras livres do Brejo Paraibano: crise e perspectivas In: Congresso da Sober Questões Agrárias, Educação no Campo e Desenvolvimento, 44., 2006. Fortaleza. *Anais*... Fortaleza: Sociedade Brasileira de Economia e Sociologia Rural, 2006. Disponível

em <http://www.sober.org.br/palestra/5/663.pdf> Acesso em: 05 nov. 2016.
14. VIEIRA, S. I. Manual de saúde do trabalho: segurança, higiene e medicina do trabalho. São Paulo: LTr, 2007.
15. MONTELO, R.O.; MARTINS, G.A.S.; TEIXEIRA, S.M.F. Avaliação das Condições de Higiene e Segurança do Trabalho: Estudo de Caso na Feira Livre do Agricultor em Palmas - Tocantins, UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde, 2011. Disponível em: Acesso em: 20 nov. 2016.
16. FERNANDES, M. H.; ROCHA, V.M.; OLIVEIRA, A.G.R.C. Fatores associados à prevalência de sintomas osteomusculares em professores. Revista de saúde Pública. v. 11, n. 2, 2009. Disponível em: Acesso em: 10 dez. 2016.
17. SADEGHIAN, F.; RAEI, M.; NTANI, G.; COGGON, D.; Predictors of incident and persistent neck/shoulder pain in iranian workers: a cohort study. Plos one tenth anniversary, 2013. Disponível em:< http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0057544> Acesso em: 24 fev. 2017.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dor relacionada ao trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_%20trabalho_lesoes_ler.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2017.
19. ALVES, I. G.; GNOATO, I. J.; MENEZES, L. S. Psicanálise, trabalho e contemporaneidade: sobre a saúde dos trabalhadores em feiras-livres. Revista Horizonte Científico. v. 9, n 2, 2015. Disponível em: < http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/28422> Acesso em: 18 out. 2016.
20. LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. Revista Katálysis, v. 14, n. 1, p. 78-85, 2011. Disponível em: Acesso em: 10 dez. 2016.
21. KREIN, J. D.; PRONI, M. W. Economia informal: Aspectos conceituais e teóricos. Brasília: OIT - Escritório da OIT no Brasil, 2010. Disponível em Acesso em: 26 nov. 2016.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.728. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/cerest/doc/DOC000000000043309.PDF>. Acesso em: 26 nov. 2016.
23. BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2017.
24. TRINDADE, L.L.; GRISA, C.C.; OSTROVSKI, V.P.; ADAMY, E.K.; FERRAZ, L.; AMESTOY, S.C.; BORDIGNON, M. Absentismo en el equipo de enfermería en el ambiente hospitalario. Revista Enfermería Global. v.13, n.4, 2014. Disponível em:< http://revistas.um.es/eglobal/article/view/181541> Acesso em: 23 fev. 2017.
25. MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Metodologia científica. 7 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2011.
26. PEREIRA, J. M. Manual de metodologia da pesquisa científica. 3 ed. São Paulo: Atlas S. A., 2012.
27. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2010.
28. MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 7 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2010.
29. PINHEIRO, F.A.; TRÓCCOLI, B.T.; CARVALHO, C.V. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. Revista de Saúde Pública. v.36 n.3, 2002. Disponível em: Acesso em: 27 nov. 2016.
30. RIOS, M.A.; NERY, A.A. Condições laborais e de saúde referidas por trabalhadores informais do comércio. Texto e contexto enfermagem. v.24, n.2, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00390.pdf> Acesso em: 19 mai. 2017.
31. LIMA, K.; MOTA, A. Fatores de risco e condições de saúde de feirantes em Feira de Santana - BA. 2010. Disponível em: < http://www.xvisemic.esy.es/arquivos/sessao-v/katiucia-lima.pdf> Acesso em: 19 mai. 2017.
32. MASCARENHAS, M. S. Aspectos psicossociais do trabalho e transtorno mentais comuns entre trabalhadores informais feirantes. 2014. 89 f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) - Curso de Pós-graduação em saúde coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014. Disponível em: Acesso em: 19 mai. 2017.
33. FERREIRA, L.C.; PEREIRA, T.S.; SANDOVAL, R.A.; VIANA, F.P. Avaliação da qualidade de vida de trabalhadores feirantes. Revista Movimenta. v. 2, n. 4, 2009. Disponível em: Acesso em: 19 mai. 2017.
34. PALENCIA, I.P.G.; ÁVILA, I.Y.C.; SALAS, A.P.B.; ORTEGA, A.J.C.; ESCALANTE, H.R.L. Condiciones de trabajo y salud de vendedores informales estacionarios del mercado de Bazurto, en Cartagena. Revista de Saúde Pública. v.14, n.3, 2012. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000300008> Acesso em: 19 mai. 2017.
35. ARAÚJO, G.A.F. As feiras livres nortistas portuguesas e nordestinas brasileiras como lócus de trabalho informal, e de bens simbólicos na contemporaneidade. In: Congresso Internacional de História, 4., 2009. Paraná. *Anais*... Paraná, 2009. Disponível em: <http://www.pph.uem.br/cih/anais/trabalhos/460.pdf> Acesso em: 07 nov. 2016.

✉ Endereço para correspondência
Suelen Silva dos Anjos Galvão
Rua A, loteamento João Siqueira, 4/03
45.020-240 – Vitória da Conquista/BA – Brasil
☎ (77) 3421-4784
suelemannjos@hotmail.com
Recebido: 4/1/2018 – Aprovado: 16/1/2018

Estudo de Demanda da Unidade Básica de Saúde Getúlio Vargas – Pelotas/RS

Demand study of the Basic Health Unit Getulio Vargas, Pelotas/RS

Talita Pires da Fontoura[1], Henrique Coelho Stumpf[2], Patrícia Coelho Stumpf[3], Leonardo Pereira de Lima[4], Rafael Minotto[5], Vitor Loch Vinimundi[6], Tiago Mass[7]

RESUMO

Introdução: O Estudo de Demanda é um instrumento que permite avaliar as razões que levam as pessoas a buscar cuidados, sendo útil no planejamento de estratégia para contemplar as necessidades em saúde da população. O objetivo do presente estudo é analisar os principais motivos de consulta da demanda espontânea na atenção primária à saúde (APS) da unidade básica de saúde (UBS) Getúlio Vargas – Pelotas/RS. **Método:** Registraram-se todas as consultas na rotina cotidiana da UBS no período de 31/07 a 29/09 de 2017. Os atendimentos foram separados por gênero, e idade (acima ou abaixo de 60 anos). Ressaltamos que fazem parte da população atendida 3 áreas adscritas na subdivisão preconizada pelo Sistema Único de Saúde: área 16 em sua totalidade, áreas 17 e 18, parcialmente. Os dados foram extraídos da coleta realizada no período supracitado. **Resultados:** Registraram-se 356 consultas no período observado. 64,6% dos atendimentos foram demanda feminina, restando 35,4% para masculina. Detectou-se, também, que 85,9% das consultas foram realizadas em pessoas abaixo dos 60 anos. As principais razões por busca aos cuidados foram: retorno, em espécime geral, otalgia e lesões cutâneas. **Conclusão:** Sabe-se que conhecer a demanda atendida na UBS é uma ferramenta essencial para determinar suas condutas, expandir sua área de atuação e conhecer carências da comunidade assistida. Dessa forma, os dados encontrados mostraram maior prevalência da população feminina e da população abaixo dos 60 anos, além de apresentar predomínio dos sintomas agudos em relação aos crônicos, mostrando-nos que medidas intervencionais são necessárias.

UNITERMOS: Demanda, Unidade Básica de Saúde, Atenção Primária.

ABSTRACT

Introduction: *The Demand Study is an instrument that allows to assess the reasons that lead people to seek care, being useful in the planning of a strategy to meet the health needs of the population. The aim of the present study is to analyze the main reasons for seeking care in spontaneous demand in primary health care (PHC) of the Basic Health Unit Getúlio Vargas Pelotas, RS.* ***Method:*** *We recorded all of the appointments in the daily routine of the UBS from July 31 to September 29, 2017. The appointments were sorted out by gender and age (above or below 60 years). We point out that 3 areas belonging to the subdivision recommended by the Unified Health System are part of the population served: area 16 in its totality, and areas 17 and 18, partially. The data were extracted from the collection carried out in the above-mentioned period.* ***Results:*** *356 appointments were recorded in the observed period. 64.6% of the appointments were for women, the remaining 35.4% for men. It was also detected that 85.9% of appointments were for people under 60 years of age. The main reasons for seeking care were: return visits, in general, otalgia and cutaneous lesions.* ***Conclusion:*** *Knowing the served demand at the UBS is an essential tool to determine its conduct, expand its area of operation and meet the needs of the assisted community. Thus, the data found showed a higher prevalence of the female population and the population under 60 years, as well as a predominance of acute over chronic symptoms, showing us that interventional measures are necessary.*

KEYWORDS: *Demand, Basic Health Unit, Primary Health Care.*

[1] Médica pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Residente em Oftalmologia no Hospital Federal da Lagoa.
[2] Médico pela UCPel. Residente em Clínica Médica no Hospital de Base do Distrito Federal.
[3] Médica pela UCPel. Residente em Psiquiatria pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
[4] Médico pela UCPel. Residente em Cirurgia Geral pelo Hospital Ernesto Dornelles.
[5] Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal de Rio Grande (FURG).
[6] Médico pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Residente em Clínica Médica no Hospital Geral de Caxias do Sul.
[7] Professor adjunto da cadeira Saúde da Família e Comunidade da UCPel.

INTRODUÇÃO

A atenção básica à saúde é definida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Portanto, a população adscrita de algum Centro de Saúde da Família (CSF) procura a unidade de saúde por vários motivos, tais como: diagnóstico e tratamento de alguma doença; prevenção de doenças por meio da imunização e dos exames de rastreamento; planejamento familiar; tratamento de doenças crônicas pelo recebimento regular de medicamentos; transferência para serviços especializados e outros motivos diversos.

Sabe-se que, na atenção primária, os motivos de consulta são variados e diversos. Devido a esse fato, torna-se extremamente importante o conhecimento da prevalência epidemiológica da região atendida pela UBS. Tal conhecimento permite uma melhor adequação e capacitação da equipe multidisciplinar com as morbidades mais frequentes da população atendida.

Diversos estudos de demanda já demonstraram que, embora os motivos de consulta sejam variados, existem problemas que aparecem com maior frequência. Sabe-se que entre 80% e 90% das razões de consulta devem ser resolvidas na atenção primária. Isso ressalta, ainda mais, a importância do conhecimento do perfil epidemiológico da população para que tal meta seja alcançada.

Este trabalho analisou a demanda por atendimentos na UBS Getúlio Vargas na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, destacando os motivos de consulta mais comuns e as necessidades da população no campo da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. A importância deste trabalho é obter dados para um melhor planejamento da estratégia de saúde, melhor organização da UBS e a realização de programas assistenciais para a comunidade.

O presente estudo teve como objetivos verificar a distribuição dos usuários por gênero e faixa etária; destacar os motivos mais comuns de atendimento na UBS, especificando as doenças mais prevalentes, quantificando-as em gênero e idade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo realizado na UBS GV, localizado no bairro Getúlio Vargas, em Pelotas, no Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados entre as datas de 31 de julho de 2017 e 29 de setembro de 2017. Foram entrevistados 378 pacientes.

Dois acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas ficaram responsáveis por avaliar os motivos de consulta agendados do dia e a demanda espontânea da unidade básica. As consultas aconteciam no período de segunda a sexta-feira, no horário das 8h30min às 12h e das 13h30min às 17h. Durante a consulta, eram solicitados a idade e o motivo da consulta do paciente.

O estudo não foi baseado em nenhum sistema de classificação já existente, como a Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP). A classificação foi criada no próprio estudo.

A avaliação foi feita baseada na queixa principal do paciente. Se o paciente queixava-se de dor de ouvido, por exemplo, o motivo da consulta seria otalgia. Se referisse diversos sintomas, o motivo da consulta seria o que o levou a consultar a UBS.

Após coletados os dados, foi montada uma tabela com os sintomas abordados nas consultas. Tais dados foram colocados em um programa de computador e passaram por análise dos acadêmicos e do preceptor responsável, sendo informados os valores percentuais de cada sintoma.

RESULTADOS

Foram levantados no período analisado os seguintes dados: Demanda por idade (conforme o Gráfico 1); De-

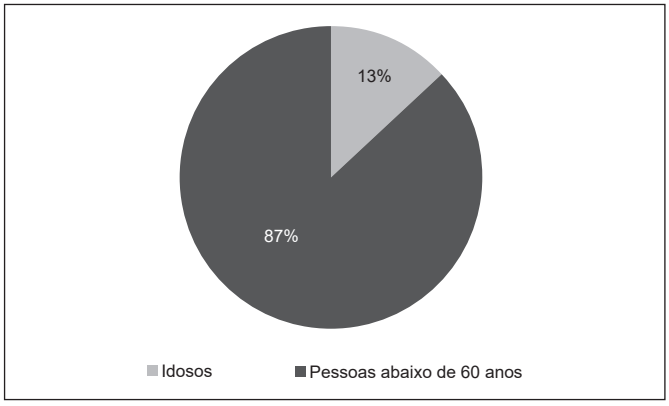


Gráfico 1. Demanda: idade

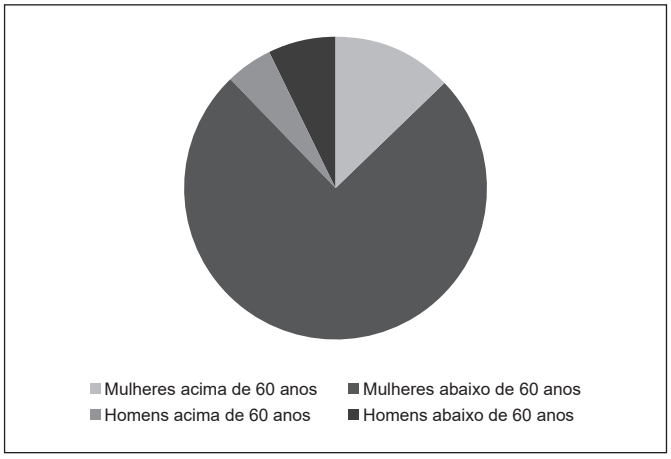


Gráfico 2. Demanda: Gênero x idade

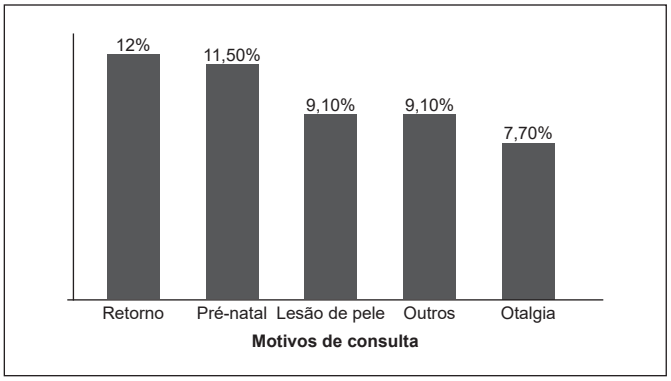


Gráfico 3. Principais motivos de consulta em mulheres abaixo de 60 anos

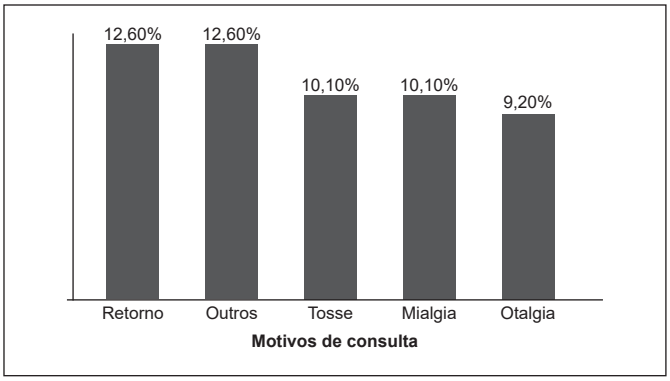


Gráfico 6. Principais motivos de consulta em homens abaixo dos 60 anos

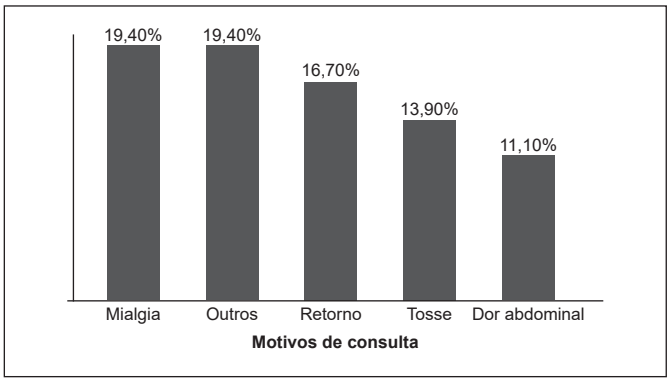


Gráfico 4. Principais motivos de consulta em mulheres acima de 60 anos

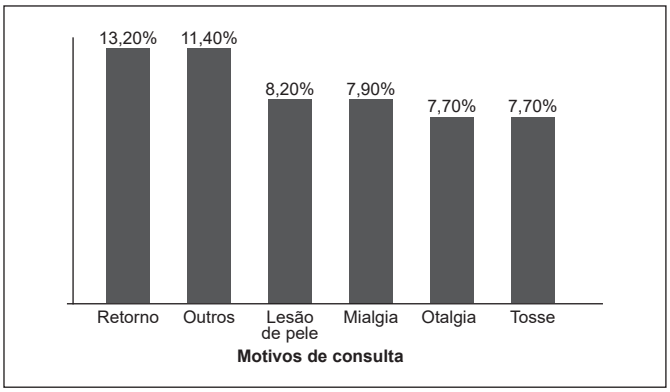


Gráfico 7. Principais motivos de consulta na UBS Getúlio Vargas

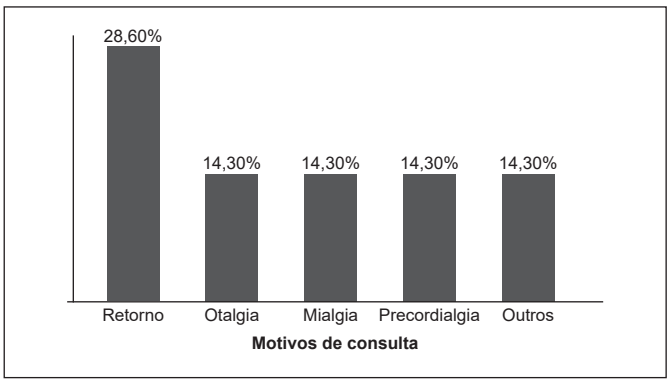


Gráfico 5. Principais motivos de consulta em homens acima dos 60 anos

manda por gênero e idade (conforme o Gráfico 2); Principais motivos de consultas em mulheres abaixo de 60 anos (conforme o Gráfico 3); Principais motivos de consulta em mulheres acima de 60 anos (conforme Gráfico 4); Principais motivos de consulta em homens acima de 60 anos (conforme Gráfico 5); Principais motivos de consulta em homens abaixo de 60 anos (conforme Gráfico 6); Principais motivos de consulta na UBS Getúlio Vargas (conforme Gráfico 7).

DISCUSSÃO

Neste estudo, fica evidente a predominância do atendimento à mulher, o qual representou 88% dos atendimentos. Esse valor representa a tendência nacional de atendimentos, possivelmente pela menor inserção feminina no mercado de trabalho, com maior disponibilidade de tempo, além de uma possível percepção diferenciada do seu processo saúde-doença. Em relação ao sexo masculino, já observamos uma porcentagem bem menor de atendimento, que significou 12%. Além do conceito de saúde diferente do feminino, o modelo de sociedade patriarcal e a maior inserção no mercado de trabalho, registra-se também uma precária prevenção primária à saúde masculina, com poucas campanhas e pouco espaço midiático. Proporcionalmente, o estudo demonstrou uma predominância do adulto jovem nas demandas de consulta, a qual representou 82% destas. Já as consultas ao idoso, pacientes com mais de 60 anos, representaram 18%.

Observamos que os principais motivos dentro do quadro de consultas em mulheres abaixo de 60 anos foram o retorno e o pré-natal, os quais se apresentaram com 12% e 11,5%, respectivamente. Quantificando esses valores, temos 45,3 e 43,4 consultas para cada sintoma; logo após, lesão de pele, otalgia e tosse. É importante ressaltar que o

período de coleta de dados transcorreu durante o inverno, razão que, sabidamente, aumenta o aparecimento de sintomas sazonais.

Já os sintomas mais prevalentes em mulheres acima de 60 anos são mialgia e outros, empatados com 19,4%, retorno com 16,7%, tosse com 13,9% e dor abdominal com 11,1%. Além do sintoma de mialgia, bastante conhecido entre os idosos, salienta-se dor abdominal, levando em conta o diagnóstico diferencial de gastroenterite, doença bastante prevalente, em todo período do ano, no bairro Getúlio Vargas, devido ao baixo nível de saneamento básico.

Os principais motivos de consultas em homens acima de 60 anos apresentam-se como: Retorno – 28,6%; Otalgia/mialgia/precordialgia/outros – 14,3%. Já nos homens abaixo de 60 anos, encontramos: Retorno/outros – 12,6%; Tosse/Mialgia – 10,1%; Otalgia – 9,2%. Constatamos que a precordialgia manifesta-se mais em idosos, e a tosse mais em pessoas abaixo de 60 anos. O restante dos motivos de consulta aparece com prevalências parecidas entre os homens.

Seguindo o padrão de demanda específico por gênero e idade, as principais consultas realizadas em âmbito geral na UBS Getúlio Vargas mostram-se como: Retorno – 13,2%; Outros – 11,4%; Lesão de pele – 8,2%; Mialgia – 7,9%; Otalgia/Tosse – 7,7%.

CONCLUSÃO

Este trabalho contribuiu para a melhor caracterização do perfil epidemiológico dos usuários dos serviços de saúde da atenção primária e para conhecimento dos principais motivos de consulta da UBS Getúlio Vargas. Na análise dos dados, encontrou-se maior prevalência de mulheres dentre os usuários da Unidade Básica de Saúde e destacou-se a predominância, segundo faixa etária, dos pacientes com idade inferior a 60 anos. O predomínio da população mais jovem pode ter diversas causas. Uma delas é a baixa expectativa em comunidades mais humildes. Porém, outras causas devem ser pensadas como: acessibilidade à unidade básica, o bom manejo e/ou subdiagnóstico de doenças crônicas por parte da equipe multidisciplinar da UBS, os quais podem reduzir de modo significativo a frequência de atendimentos ao idoso, já que as doenças crônicas prevalecem na população descrita.

Ademais, observou-se maior prevalência de sintomas agudos em relação aos crônicos. Nota-se uma maior busca da UBS para resolução de problemas e não para prevenção dos mesmos. Tal fato faz-nos questionar sobre a necessidade de intervenções ativas que alcancem a população cronicamente enferma.

REFERÊNCIAS

1. McWhinney IR. Manual de Medicina de la Família y Comunidad. 3a Edición. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, Alma-Ata, URSS, 6-12, septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978.
3. World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) - Comite Internacional de Classificação da WONCA. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009.
4. Meads S. The WHO Reason for Encounter classification. WHO Chronicle 1983; 37(5):159-162.
5. Lamberts H, Meads S, Wood M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system. Public Health Reports 1984; 99(6):597-605.
6. Lamberts H, Meads S, Wood M. Results of the international field trial with the Reason for Encounter Classification (RFEC). Med Social Preventive 1985; 30(2):80-87.
7. Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press; 1987.
8. Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Episode of Care: A Core Concept in Family Practice. J Fam Pract 1996; 42(2):161-167.
9. Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. J Fam Pract 2002; 51(1):31-36.
10. Crombie DL. Diagnostic process. J Coll Gen Pract 1963; 6:579-589.
11. Sampaio, LFR. O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde no Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Contribuições para Discussão. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conass; 2004. p. 25-41. (CONASS Documenta, 7)
12. Takeda S. Organização de serviços de Atenção Primária à saúde. In.: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 3a Edição. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 76-78.
13. Gusso GDF. Diagnóstico de Demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª Edição (CIAP - 2) [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.
14. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
15. George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. Family Practice 2003; 20: 178-84.
16. Murray M. Patient care: access. BMJ 2000; 320 (7249): 1594-1596.
17. King H, Aubert RE, Herman WH. Global Burden of Diabetes, 1995- 2025. Diabetes Care. 1998; 21(9): 1414-31. http://dx.doi.org/10.2337/ diacare.21.9.1414
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Melittus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Hiperdia: Sistema de Cadastramento e Acompanhamentos de Hipertensos e Diabéticos. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
20. Santos KGI, Silva MAG, Pereira JS. Prevalência de lombalgia em praticantes de exercício contra-resistência. Fisioter Bras. 2004; 5(1): 37-43.
21. Moraes ERP, Silva MAG, Pereira JS. A prevalência de lombalgia em capoeiristas do Rio de Janeiro. Fisioter Bras. 2003; 4(5): 311-9.
22. Silva GV, Bon m ABC, Silva MAG, Rodrigues CG, Consedy F, Andrade JF. Disfunção muscular em pilotos de helicóptero. Fisioter Bras. 2005; 6(4): 281-9.
23. Von Korff M, Dunn KM. Chronic pain reconsidered. Pain. 2008; 138: 267- 76. http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.010
24. Loney P, Stratford P. The prevalence of low back pain in adults: a methodological review of the literature. Phys Ther. 1999; 79(4): 384-96.
25. Rasmussen BK. Epidemiology and socio-economic impact of headache. Cephalalgia. 1999; 19(25): 20-3.
26. Teixeira MJ. Tratamento multidisciplinar do doente com dor. In: Carvalho MMMJ, editor. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999. p. 77-85.
27. Lemos TV, Souza JL, Luz MM. Métodos McKenzie vs. Williams: uma reflexão. Fisioter Bras. 2003; 4(1): 67-71.
28. Aniche RA. Incidência da lombalgia de acordo com idade, sexo e profissão em uma clínica de ortopedia de São Paulo. [monografia]. Ribeirão Preto: Universidade de Ribeirão Preto; 1993.

29. Van der Roer N, van Tulder MW, Barendse JM, Van Mechelen W, Franken WK, Ooms AC, et al. Cost-effectiveness of an intensive group training protocol compared to physiotherapy guideline care for sub-acute and chronic low back pain: design of a randomized controlled trial with an economic evaluation. BMC Musculoskelet Disord. 2004; 5: 45-51. http:// dx.doi.org/10.1186/1471-2474-5-45
30. Fernandes RCP, Carvalho FM. Doença do disco intervertebral em trabalhadores da perfuração de petróleo. Cad Saúde Pública. 2000; 16: 661-9. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300014

✉ Endereço para correspondência
Talita Pires da Fontoura
Av. Nilópolis, 198/602
90.460-050 – Porto Alegre/RS – Brasil
☎ (53) 99969-0284
talitafontoura@terra.com.br

Recebido: 8/1/2018 – Aprovado: 16/1/2018

Lesão neonatal do plexo braquial em uma maternidade de risco habitual em Sergipe

Neonatal brachial plexus injury in a maternity ward of usual risk in Sergipe

Guinievre Lessa Sobral de Oliveira[1], Amanda Oliveira Barros[1], Diego Henrique Gois Pereira[1], Gabriel Oliveira Santana Gama[1], Israel Azevedo Siqueira de Carvalho[1], Sophia Loeser Faro[1], Débora Cristina Fontes Leite[2]

RESUMO

Introdução: O presente estudo prospectivo tem como objetivo caracterizar a população acometida pela Lesão Neonatal do Plexo Braquial (LNPB), sua incidência e seus fatores de risco em uma maternidade de risco habitual em Aracaju/SE. **Métodos:** Foram coletados dados de prontuários e realizadas perguntas diretamente a 1620 mulheres do alojamento conjunto de uma maternidade de risco habitual com e sem LNPB. **Resultados:** A incidência da lesão foi de 1,85 para 1000 nascidos vivos, e foi possível correlacionar efetivamente macrossomia e Diabetes como fatores de risco. **Conclusão:** A incidência de LNPB foi semelhante à mundial, e por ter sido realizado em uma maternidade de risco habitual com pacientes da rede pública de saúde, é possível que esse resultado seja um espelho do que acontece por todo o Brasil.

UNITERMOS: Plexo Braquial, Ferimentos e Lesões, Recém-nascido.

ABSTRACT

Introduction: *This prospective study aims to characterize the population affected by Neonatal Brachial Plexus Injury (NBPI), its incidence and its risk factors in a maternity of usual risk in Aracaju, SE.* ***Methods:*** *Data from medical records and questionnaires were collected directly from 1620 women from the joint housing of a maternity unit at risk with and without NBPI.* ***Results:*** *The incidence of the lesion was 1.85 to 1000 live births, and it was possible to effectively correlate macrosomia and Diabetes as risk factors.* ***Conclusion:*** *The incidence of NBPI was similar to that in the world, and since this study was carried out in an at-risk maternity hospital with patients from the public health network, this result might be a mirror of what happens throughout Brazil.*

KEYWORDS: *Brachial Plexus, Wounds and Injuries, Newborn.*

INTRODUÇÃO

A lesão neonatal do plexo braquial (LNPB) é de difícil previsibilidade e prevenção e cursa com paresia do membro superior devido a trauma no momento do parto (1). Não existem dados consistentes para definir se a lesão pode ser causada unicamente pela força excessiva aplicada durante o parto. O mais aceito é que a LNPB ocorre devido a um evento complexo que envolve não só a força expulsiva realizada pela mulher, mas também seu vetor associado a outros fatores (2). Sabe-se, porém, que quanto maior a força exercida para a retirada do concepto, maior a chance de desenvolver uma paralisia (3).

Fatores de riscos amplamente citados na literatura são macrossomia, diabetes gestacional, obesidade materna e distocia de ombro (4). Não há publicações sobre incidência e impacto dessa patologia no Brasil. Os dados disponíveis são predominantemente de países desenvolvidos e, ainda assim, mostram grande variabilidade, com taxas de 0,46 a 4,6 casos por 1000 nascidos vivos (5). Sabe-se, entretanto, que a incidência mundial é em torno de 1:1000 (5).

[1] Graduando em Medicina pela Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju/SE.
[2] Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Professora de Pediatria e Neonatologia da UNIT.

Apesar da baixa incidência, esta é uma patologia que causa morbidade importante para a criança. De maneira geral, a maior parte das crianças com a doença tem um bom prognóstico, com melhora das funções sem necessidade de procedimento cirúrgico (2). No entanto, para uma melhora satisfatória, a fisioterapia é fundamental, minimizando acometimento musculoesquelético (2). Por esse motivo, são necessários mais estudos para caracterizar a LNPB na população brasileira, a começar por sua incidência e principais fatores de risco. Feito isso, será possível sua prevenção e cálculo do impacto econômico do tratamento na saúde pública. Esse estudo tem como objetivo realizar essa caracterização da população afetada pela lesão em uma maternidade de risco habitual na cidade de Aracaju, no estado de Sergipe.

MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo e transversal, com abordagem quantitativa, com puérperas dos alojamentos conjuntos em uma maternidade de risco habitual na cidade de Aracaju, no estado de Sergipe. No período de novembro de 2016 a maio de 2017, foram coletados diariamente dados de 1885 prontuários de puérperas nas primeiras 24 horas após o parto. Destes, 265 pacientes não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando a amostra com 1.620 prontuários. O questionário foi aplicado individualmente, e os dados coletados do cartão da gestante e do prontuário do recém-nascido (RN) foram armazenados em um banco de dados e analisados por intermédio de estatística no Microsoft Excel e pelo programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 11. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe pelo parecer número 2.079.594.

Os dados foram divididos em: referentes à mãe e ao RN. Sobre a mãe, foi questionado: idade materna; Índice de massa corpórea (IMC) da 12ª à 15ª semana de gestação; número total de consultas no pré-natal; número de consultas de pré-natal com médico e com enfermeiro; quantidade de ultrassonografias realizadas, se gestação única ou múltipla; paridade com especificação do tipo de parto anterior; escolaridade da mãe; história em filho anterior de lesão de plexo e o tratamento realizado; glicemia no pré-natal; presença de diabetes na gestação e o tratamento utilizado; ganho de peso ao final da gravidez; etnia; outras patologias gestacionais, opinião da paciente se o parto foi considerado "violento" e por quê. Relacionado ao RN, os dados foram sobre: via de parto; apresentação do feto ao nascimento; sexo; idade gestacional; dados antropométricos; Apgar de 1º e 5º minuto; realização de reanimação neonatal e presença da LNPB e outros tocotraumas. Foram excluídos da pesquisa os neonatos que apresentaram patologia intraútero: malformação congênita grave com necessidade de suporte de terapia intensiva, diagnóstico de síndrome genética e recém-nascido com doença grave.

O diagnóstico de LNPB foi realizado através de exame físico nas primeiras 24 horas após o parto, por um médico especialista da área. Qualquer paresia ou paralisia de membro superior foi considerada no diagnóstico. Para embasamento teórico, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Bireme e Pubmed com artigos publicados no período de janeiro 2013 a junho de 2016, a partir dos seguintes descritores: "Plexo Braquial", "Ferimentos e Lesões" e "Recém-Nascido", junto aos seus respectivos sinônimos, traduções e categorias. Foram encontrados 48 artigos na base de dados Bireme, e 72 na base Pubmed e, por fim, considerados aqueles que apresentaram interesse ao tema proposto.

RESULTADOS

Durante os sete meses da coleta de dados na maternidade, foram registrados 1620 nascidos vivos cujas mães aceitaram participar da pesquisa. Destes, três foram diagnosticados com paralisia neonatal do plexo braquial enquanto estavam no hospital, ou seja, a incidência da lesão foi de 1,85 para 1000 nascidos vivos. A Tabela 1 representa as características da população estudada de acordo com os dados coletados.

No momento do parto, 1585 fetos (98%) encontravam-se em apresentação cefálica e apenas 29 (1,8%) em pélvica, enquanto 6 (0,2%) não apresentavam o dado descrito no prontuário. A glicemia materna durante o pré- natal foi registrada com base na Caderneta da Gestante, e em 26,6% não havia o dado, o que pode ser reflexo de mau preenchimento da caderneta, visto que é um exame básico e obrigatório na admissão ao pré-natal. Naqueles preenchidos, 69,4% apresentaram glicemia até 91 mg/dL; em 4,8%, foi de 92 a 125 mg/dL, e apenas 0,2% obtiveram valores de Diabetes (igual ou superior a 126 mg/dL).

O ganho de peso na gestação ocorreu de forma heterogênea. Perderam peso 2,5% das mulheres, e nelas, a média de peso ao nascer foi de 3264g, sem registro de RNs de baixo peso, e com três (7,5%) casos de macrossomia. Não houve ganho nem perda em 1,1% dos casos, e, nesse grupo, a média de peso do RN ao nascer foi de 3094g, havendo um caso (5,5%) de baixo peso e nenhum de macrossomia. Ganho de 0,1 a 5,9 Kg ocorreu em 9,9% delas, com média de peso do RN ao nascer de 3198g, nove (5,5%) casos de baixo peso ao nascer, e sete (4,3%) de macrossomia. A maioria (26,4%) ganhou de 6 a 10,9 Kg e apresentou média de peso ao nascer do RN de 3267g, com 27 (6,3%) de baixo peso e 33 (7,7%) macrossômicos. Nas pacientes que ganharam 11 a 15,9 Kg (23,3%), a média de peso ao nascer foi de 3601g, sendo nove (2,3%) RNs com baixo peso e 22 (5,8%) macrossômicos. Em 11,5% das mulheres, o ganho de peso foi de 16 a 20 kg, e nestas, a média de peso ao nascer foi de 3415g; sete (3,7%) tiveram RNs com baixo peso e 21 (11,2%) com macrossomia. Por fim, 7% adquiriram mais de 20 Kg, sendo a média de peso ao nascer de 3475g, três (2,6%) RNs com baixo peso e 13 (11,4%),

Tabela 1. Características da mãe e do RN que realizaram o parto em uma maternidade de risco habitual em Aracaju/SE, entre 2016 e 2017

	Mínimo	Máximo	Média	Sem dado
Idade materna	13 anos	49 anos	24,66 anos	0%
IMC materno[1]	14,7 kg/m²	77,6 kg/m²	24,75 kg/m²	79%
Nº de fetos/gestação	1 (99%)	2 (1%)	-	0%
Glicemia de Jejum no pré-natal[1]	34 mg/dL	179 mg/dL	76 mg/dL	26,6%
Idade Gestacional (semanas)	34	42	39,1	0%
Peso do RN ao nascer	1745 g	5020 g	3307,61 g	0,1%
Comprimento do RN ao nascer	30 cm	55,1 cm	48,82 cm	1,6%
Perímetro cefálico do RN ao nascer	30 cm	46,5 cm	34,7 cm	0,8%
Perímetro torácico do RN ao nascer	24 cm	39,5 cm	33,9 cm	1,6%
Apgar no 1º minuto	1	10	8,6	0,43%
Apgar no 5º minuto	4	10	9,6	0,43%

[1] = Os gráficos 1 e 2 expõem com mais detalhes os dados.

macrossômicos. O Figura 1 detalha o percentual de peso ao nascer dos recém-nascidos em comparação aos dados totais coletados.

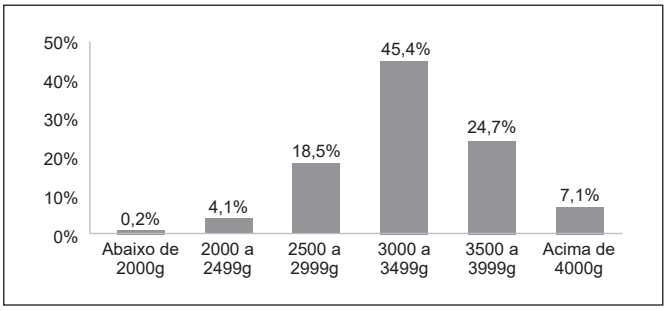


Figura 1. Distribuição de RN por peso ao nascer em uma maternidade de risco habitual em Aracaju/SE, entre 2016 e 2017. Os RNs foram agrupados de acordo com o peso ao nascer, havendo subdivisões daqueles na faixa da normalidade (acima de 2000g e abaixo de 4000g)

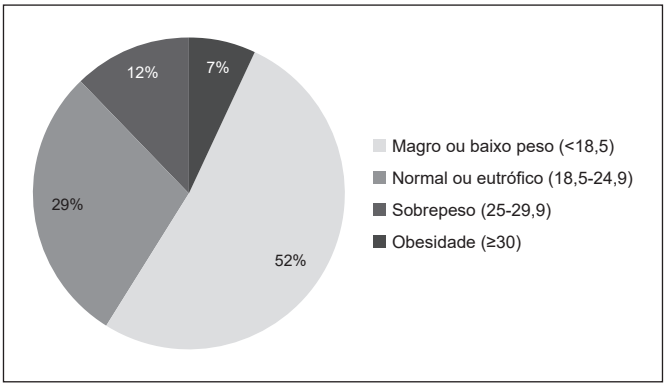


Figura 2. IMC materno entre a 12ª e 15ª semanas de gestação de pacientes cujo parto ocorreu em uma maternidade de risco habitual em Aracaju/SE, entre 2016 e 2017. O IMC foi registrado conforme anotação na Caderneta da Gestante durante o pré-natal entre a 12ª e 15ª semanas de gestação

O Figura 2 apresenta dados relacionados ao IMC materno da 12ª a 15ª semanas de gestação; valores antes ou além dessa idade gestacional não foram considerados por questões de comparação, visto que quanto mais tempo de gestação, maior o ganho ponderal. Quando questionadas se o parto havia sido uma situação traumática, 10% das mulheres responderam que sim, e o Figura 3 reflete a impressão subjetiva delas quanto ao motivo. Dados relacionados a patologias durante a gravidez foram extensos e variados, as mais frequentes estão registradas na Tabela 2.

Com relação à via de parto, ocorreram 76% via vaginal e 24% cesáreas, dado que se encontra dentro dos parâmetros do Ministério da Saúde e abaixo da média nacional, que é de 45,5% cesáreas (6). Quando questionadas sobre

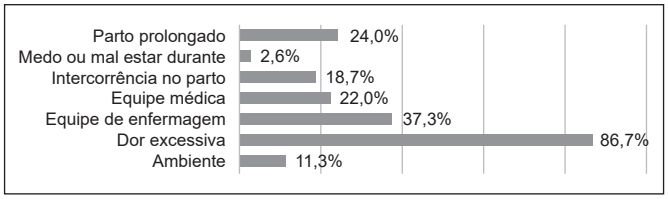


Figura 3. Trauma durante o parto em gestantes de uma maternidade de risco habitual em Aracaju/SE, entre 2016 e 2017. O motivo do trauma foi questionado diretamente à paciente e reflete subjetividade quanto ao momento do parto

Tabela 2. Patologias diagnosticadas durante a gestação em pacientes de uma maternidade de risco habitual em Aracaju/SE, entre 2016 e 2017

Patologia	Frequência	Porcentagem
Infecção urinária	484	28,3%
Nenhuma	898	52,4%
Sífilis	21	1,2%
Vulvovaginite	40	2,3%
Não reportado	98	5,7%

Tabela 3. Características dos casos de LNPB em uma maternidade de risco habitual em Aracaju/SE, entre 2016 e 2017

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Idade materna	23	31	26
Número total de consultas no pré-natal	10 ou mais	6	7
Ultrassonografias realizadas	5 ou mais	3	2
Cesárea anterior	Não	Não	Não
Escolaridade	Médio	Superior Completo	Fundamental II
Paridade	G2P1A1	G1P1A0	G5P4A1
Algum outro filho com lesão de plexo anteriormente?	Não tem outro filho	Não tem outro filho	Não
Ganho de peso durante gestação	11 a 15,9 kg	0,1 a 5,9 kg	Mais de 20 kg
Etnia da mãe referida	Parda	Parda	Parda
Patologias gestacionais	Infecção urinária	Diabetes	Infecção urinária
Uso de drogas durante a gestação	Não	Não	Álcool
O parto foi traumático para a paciente?	Sim	Não	Não
Foi feito contato pele a pele após o parto?	Sim	Sim	Não
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino
Idade gestacional	40	40	37
Peso do RN ao nascer	3375 g	4035 g	4660 g
Via de parto	Vaginal	Vaginal	Vaginal

filho anterior com LNPB, 45% não tinham outro filho, 55% responderam que não e 0,2% afirmou que havia tal histórico. A distribuição de sexo foi de 49,57% meninos e 50,43% meninas. Em apenas 1% dos casos houve tocotrauma, à exclusão da LNPB.

Os três casos registrados de Lesão Neonatal de Plexo Braquial apresentaram perfis com semelhanças e diferenças entre si, e com o perfil epidemiológico da população geral estudada. A tabela a seguir (Tabela 3) traz um resumo das características encontradas em cada um desses casos e que serão detalhados no tópico Discussão.

DISCUSSÃO

A incidência da lesão encontrada foi de 1,85 para 1000 nascidos vivos e está de acordo com os dados encontrados na literatura atual, sendo a média mundial da LNPB de 1:1000 nascidos vivos (5). Não se sabe a real incidência no Brasil ou em outros países em desenvolvimento por ser um diagnóstico desvalorizado e pouco realizado em nosso meio (5). Na amostra de 1620 pacientes, a incidência calculada foi de 1,85:1000 nascidos vivos, e a maternidade em que foi feito o estudo representa a realidade brasileira, uma vez que é a maior do estado de Sergipe que recebe partos de risco habitual.

Os fatores de risco abordados na literatura mundial mais recente possuem baixo valor preditivo e incluem: macrossomia, diabetes, obesidade materna e distocia de ombro (4). A distocia de ombro (DO) ocorre em 0,6-1,4% dos partos vaginais e é capaz de acarretar diversas consequências no momento do parto (7). Para o feto, a DO pode ocasionar morte neonatal, hipóxia, lesão do plexo braquial (LPB) e fraturas do úmero e da clavícula (4).

Com relação à macrossomia, é um termo utilizado para designar fetos com peso superior a um valor máximo não consensual na literatura, mas que se utiliza como ponto de corte 4000g (8). Apesar de muito associado aos casos de LNPB, 75% das lesões ocorrem em bebês pesando menos de 4500g (4). O Gráfico 1 mostra que 7,1% dos RN foram macrossômicos, e dos casos de lesão, 66% pesaram mais de 4000 g ao nascimento. Em geral, quando houve controle inadequado do ganho ponderal durante a gravidez, foi notada maior incidência de macrossomia nos bebês. Nas mulheres que ganharam até 15,9 Kg, seus RNs tiveram mais de 4000g em 5% dos casos. Esse valor subiu para mais de 11% naquelas que ganharam mais de 16 Kg durante a gestação.

A incidência de Diabetes nas gestantes, em geral, foi de 0,5%, e esse valor subiu para 33,3% no grupo cujos filhos tiveram a lesão. No grupo de pacientes não diabéticas, a incidência de macrossomia foi de 7%, enquanto nas diabéticas esse valor aumentou para 12,5%. O valor encontrado, apesar de alto, está um pouco abaixo do que está relatado na literatura, a qual determina que 15 a 50% dos fetos de mães diabéticas são macrossômicos (9).

Obesidade materna ocorreu em 12% das mulheres em geral, porém, em dois dos três casos não houve preenchimento desse dado no Cartão da Gestante, e no caso em que estava preenchido, esse valor foi de 31 kg/m². Com relação à distocia de ombro, foi uma variável conflitante durante a coleta dos dados, visto que, na maternidade em que se realizou a coleta, os prontuários estavam preenchidos com tal dado.

Em 100% dos casos de lesão, o parto aconteceu por via vaginal, na literatura mundial em apenas 0,3 de 1000 nascimentos via cesárea ocorre LNPB (10). Em todos, a

gestação foi a termo, e com feto único, apresentação cefálica e sem necessidade de reanimação neonatal ou presença de outros tocotraumas. Outros dados específicos dos casos de LNPB estão na Tabela 4 e são compatíveis com o perfil epidemiológico da população estudada.

No caso 1, a paciente referiu trauma durante o parto devido à dor intensa. Isso não ocorreu nos casos 2 e 3, apesar de nesses o recém-nascido ter apresentado macrossomia. Esse fato corrobora com o envolvimento de vários fatores que influenciam a percepção da mulher sobre o peri parto, além do tamanho e do peso do bebê. Esses fatores são a estrutura óssea e muscular da pelve, a fisiologia do hipotálamo e das suprarrenais, a liberação de hormônios (ocitocina, adrenalina e endorfinas), características do ambiente em que ocorre o parto e postura da equipe obstétrica (11). A maioria dos motivos da percepção de parto traumático é inerente à paciente, somente a postura da equipe obstétrica pode ser modificada e aprimorada, devendo qualificações serem feitas com este objetivo. Esse também é um importante parâmetro no monitoramento dos indicadores de qualidade de uma maternidade.

CONCLUSÃO

Neste estudo prospectivo, foi possível determinar que a incidência de Lesão Neonatal do Plexo Braquial foi semelhante à mundial. Esta é uma das poucas evidências brasileiras sobre o assunto e, por ter sido realizado em uma maternidade de risco habitual e em pacientes da rede pública de saúde, é possível que esse resultado seja um espelho do que acontece por todo o Brasil. Entretanto, os dados nacionais ainda são escassos e precisam ser levantados. Com relação aos fatores de risco, foi possível correlacionar efetivamente macrossomia e Diabetes na população estudada.

REFERÊNCIAS

1. Chauhan SP, Blackwell SB, Ananth CV. Neonatal brachial plexus palsy: Incidence, prevalence, and temporal trends. Seminars in Perinatology. 2014;38:210-218.
2. Executive Summary: Neonatal Brachial Plexus Palsy. Obstetrics & Gynecology. 2014;123:902-904.
3. El-Sayed AAF. Obstetric Brachial Plexus Palsy Following Routine Versus Difficult Deliveries. Journal of Child Neurology. 2014;29:920-923.
4. Ouzounian JG. Risk factors for neonatal brachial plexus palsy. Seminars in Perinatology. 2014;38:219-221.
5. Ghizoni MF, Bertelli JA, Feuerschuette OHM, Silva RM. Paralisia obstétrica de plexo braquial: revisão da literatura. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2010;39:95-101.
6. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública. 2014;30:S17-S32.
7. Spain JE, Frey HA, Tuuli MG, Colvin R, Macones GA, Cahill AG. Neonatal morbidity associated with shoulder dystocia maneuvers. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2015;212:353.e1-353.e5.
8. Ribeiro SP, Costa RB, Dias CP. Macrossomia Neonatal: Fatores de Risco e Complicações Pós-parto. NASCER E CRESCER BIRTH AND GROWTH MEDICAL JOURNAL. 2017;26:21-30.
9. Amorim MMR de, Leite DFB, Gadelha TGN, Muniz AGV, Melo ASO, Rocha AM. Fatores de risco para macrossomia em recém-nascidos de uma maternidade-escola no nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2009;31:241-248.
10. Hammad IA, Chauhan SP, Gherman RB, Ouzounian JG, Hill JB, Abuhamad AZ. Neonatal brachial plexus palsy with vaginal birth after cesarean delivery: a case-control study. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2013;208:229.e1-229.e5.
11. Zveiter M. O que pode ser traumático no nascimento? Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. 2005;8:706-720.

✉ Endereço para correspondência
Guinievre Lessa Sobral de Oliveira
Rua Raul Ribeiro Nunes, 10
49.095-610 – Aracaju/SE – Brasil
☎ (79) 99827-0119
💻 guinievrelso@gmail.com

Recebido: 26/2/2018 – Aprovado: 31/3/2018

Uso de medicamentos em crianças internadas em hospital do Sul do Brasil 2016-2017

Use of medication in hospitalized children in a hospital in South Brazil 2016-2017

Jessica Vicentini Molinari[1], Ana Carolina Lobor Cancelier[2], Fabiana Schuelter-Trevisol[3]

RESUMO

Introdução: Crianças hospitalizados são expostas a diversos fármacos, sendo vulneráveis a problemas relacionados a medicamentos. Verificar o perfil de uso de medicamentos em crianças hospitalizadas, o uso nos 15 dias anteriores a hospitalização, e a ocorrência de reações adversas a medicamentos. **Métodos:** Estudo transversal. Foram estudadas crianças internadas na Pediatria de um hospital geral no Sul do Brasil, entre julho de 2016 a abril de 2017. Os responsáveis foram entrevistados. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e sobre uso de medicamentos. O prontuário médico foi revisado. **Resultados:** Das 169 crianças estudadas, a média de idade foi de 6,2±3,4 anos, sendo 50,9% meninas. O tempo médio de internação foi de 3,4 dias e dentre as causas estavam as doenças do aparelho respiratório (19,5%). Foram utilizados, em média, 4,8 medicamentos/criança e as classes mais comuns, segundo a classificação Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), foram sistema nervoso (34,2%), e anti-infecciosos de uso sistêmico (21,2%). Das crianças em estudo, 24,9% apresentavam doenças crônicas. O uso de medicamentos nos 15 dias anteriores a internação foi observado em 72,2% das crianças. A história prévia de reação adversa foi relatada em 17,8% das crianças, sendo reação mais comum foi rash cutâneo (83,3%). **Conclusões:** Os medicamentos utilizados antes da hospitalização foram, na maioria, prescritos para manejo de sintomas febris ou dolorosos. Durante a hospitalização houve utilização de mais de um medicamento simultaneamente, justificada por quadros clínicos agudos que requerem terapia múltipla. A reação adversa a medicamentos apresentou associação positiva com a presença de doenças crônicas e menor renda familiar.

UNITERMOS: Uso de Medicamentos, Criança, Pediatria, Efeitos Colaterais e Reações Adversas a Medicamentos, Hospitalização.

ABSTRACT

Introduction: *Hospitalized children are exposed to various drugs and are vulnerable to drug-related problems. The aim here was to identify the profile of medication use in hospitalized children, use in the 15 days prior to hospitalization, and the occurrence of adverse drug reactions.* ***Methods:*** *A cross-sectional study. We studied children hospitalized in the pediatrics ward of a general hospital in south Brazil, between July 2016 and April 2017. Parents (or equivalents) were interviewed. Sociodemographic, clinical and medication use data were collected. Medical records were reviewed.* ***Results:*** *In the 169 children studied, the mean age was 6.2 ± 3.4 years, and 50.9% were girls. The mean length of hospital stay was 3.4 days, and the causes included diseases of the respiratory system (19.5%). An average of 4.8 medications per child were used, and the most common classes, according to the Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system, were those for the nervous system (34.2%) and systemic anti-infectives (21.2%). Of the children under study, 24.9% had chronic diseases. Use of medications in the 15 days prior to hospitalization was observed in 72.2% of the children. Previous history of adverse reaction was reported in 17.8% of the children, and the most common reaction was exanthema (83.3%).* ***Conclusions:*** *Medications used before hospitalization were mostly prescribed for the management of fever or painful symptoms. During hospitalization, more than one drug was used simultaneously, justified by acute clinical conditions requiring multiple therapy. Adverse drug reactions were positively associated with the presence of chronic diseases and lower family income.*

KEYWORDS: *Medicines Use, Child, Pediatrics, Drug-related Side Effects and Adverse Reactions, Hospitalization.*

[1] Aluna do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

[2] Mestre em Ciências da Saúde. Médica Pediatria. Professora do Curso de Medicina Unisul.

[3] Doutora. Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unisul e Centro de Pesquisas Clínicas do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão/SC.

INTRODUÇÃO

A evolução da terapêutica farmacológica tem exercido forte influência na redução de morbidade e mortalidade em todo o mundo. A ampla disponibilização, a facilidade de acesso e o surgimento de variadas fórmulas farmacêuticas facilitam o consumo de medicamentos pela população, sendo as crianças parcela importante nesta prática (1-3).

Os pacientes pediátricos apresentam características farmacocinéticas e farmacodinâmicas que se modificam ao longo de seu desenvolvimento, o que exige maior cuidado no que concerne ao uso racional de medicamentos (3-5). Nesta idade, o uso de medicamentos deve levar em conta as especificidades dos subgrupos etários e as peculiaridades de seu desenvolvimento para evitar fatores que possam interferir na resposta terapêutica (4,6,7). A participação de crianças em estudos clínicos é extremamente complexa por questões éticas, razão pela qual, após o registro de medicamentos para adultos, as crianças acabam por utilizar alguns fármacos cujos dados sobre benefícios e riscos não foram comprovados para sua faixa etária (6,7).

A ocorrência de reações adversas a medicamentos (RAM) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como qualquer efeito prejudicial ou indesejável após o uso de fármacos em doses consideradas adequadas. A ocorrência de RAM na população infantil é, por vezes, resultado da falta de conhecimento acerca do uso dos medicamentos em crianças (4). Dados coletados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) mostraram que houve 72.508 casos de intoxicação humana por diversas causas no ano de 2015. Os medicamentos foram a principal causa de intoxicações registradas, correspondendo a 33,86% dos casos, atingindo principalmente crianças de 0-4 anos de idade (8).

Apesar da importância da avaliação médica, alguns sintomas como febre e dor são considerados motivos comuns pela busca da automedicação para alívio sintomático. Entretanto, tanto o uso de medicamentos prescritos por profissional médico, quanto a automedicação relacionada ao autocuidado podem ocasionar RAM, especialmente entre fármacos para os quais não há parâmetros definidos de eficácia e segurança em crianças (4,9).

Pacientes pediátricos hospitalizados são, por vezes, expostos a uma vasta gama de medicamentos distintos, são vulneráveis a problemas relacionados a medicamentos por causa de prescrição *off-label*, por inexistência de medicamentos de algumas classes farmacológicas para crianças e esquemas terapêuticos com dosagem baseada no peso corporal (10,11). O conhecimento do perfil de utilização de fármacos pela população pediátrica é indispensável, visto que o uso de medicamentos de forma inadequada e abusiva pode ser nocivo ao ser humano, sobretudo em crianças. Portanto, torna-se útil conhecer o perfil de utilização de medicamentos em crianças e a ocorrência de reações adversas para auxiliar na definição de estratégias de prescrição racional de medicamentos neste segmento etário. Ressalta-se que há poucos estudos brasileiros recentes nessa temática. O objetivo deste estudo foi verificar o perfil de uso de medicamentos em pacientes pediátricos hospitalizados, o uso de medicamentos nos 15 dias anteriores à hospitalização, bem como a ocorrência de reações adversas a medicamentos.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico com delineamento transversal. Tubarão é um município do estado de Santa Catarina com população estimada em 102.883 habitantes, em 2015. O Hospital Nossa Senhora da Conceição é o maior hospital em número de leitos no estado de Santa Catarina, totalizando 410. Só em 2015 foram quase 22.732 internações, sendo 1.852 crianças (0-13 anos) (12). Apesar de estar localizado em Tubarão, é considerado um hospital regional e atende a 18 municípios da região da Associação de Municípios da Região de Laguna (Amurel).

Participaram do estudo crianças internadas no Setor de Pediatria do referido hospital, entre julho de 2016 e abril de 2017. Foram incluídos pacientes pediátricos com idades entre 2 e 13 anos e 9 meses, com período de hospitalização maior que 24 horas, admitidos no Setor de Pediatria do Hospital Nossa Senhora da Conceição. O motivo de exclusão de menores de dois anos é por haver crianças que nasceram prematuras e ficaram por longo tempo na unidade de terapia intensiva neonatal e, depois, foram transferidos para a área pediátrica, o que impediria a avaliação dos medicamentos consumidos em domicílio, um dos objetivos do estudo.

Os participantes foram recrutados consecutivamente, sendo a amostragem por demanda. A amostra foi do tipo censo. O cálculo de poder de estudo foi de 90%. Mediante o aceite dos pais ou responsáveis com a anuência do termo de consentimento livre e esclarecido, foi realizada entrevista para coleta de dados demográficos e clínicos, e sobre o uso de medicamentos nos 15 dias anteriores à hospitalização. A ocorrência de reações adversas a medicamentos, bem como o tipo de RAM foram descritos pelos responsáveis, com base em episódios pregressos, mediante o diagnóstico clínico feito por médico pediatra. O prontuário eletrônico foi revisado para a coleta de informações sobre medicamentos utilizados durante o período de hospitalização, motivo da internação, tempo de internação e desfecho do caso (alta ou óbito).

As variáveis de interesse foram relativas aos dados sociodemográficos dos respondentes (idade, sexo, grau de parentesco com a criança, cidade de residência, nível de escolaridade, renda), dados demográficos e clínicos das crianças (idade, sexo, comorbidades, internações prévias desde o nascimento, motivo da internação atual, uso de medicamentos nos últimos 15 dias, histórico de

reações adversas a medicamentos, via de administração e desfecho clínico).

Os diagnósticos dos pacientes pediátricos foram classificados pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10) (13), e os medicamentos foram classificados de acordo com a Anatomical-Therapeutic-Chemical (ATC) Classification Index (14), recomendada pela OMS para ser empregada em estudos de utilização de medicamentos.

Os dados coletados foram digitados no software Epidata versão 3.1 (EpiData Association, Odense, Denmark), de domínio público, e a análise estatística foi feita com o auxílio do software SPSS 21.0 (IBM, Armonk, New York, USA). Foi utilizada a epidemiologia descritiva para apresentação dos dados, sendo as variáveis qualitativas expressas em proporções e as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão. Para se verificar a associação entre as variáveis de interesse, utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas e o teste de t de Student para a comparação entre médias. O nível de significância preestabelecido foi de 95%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob registro do parecer número 1.542.912, em 13 de maio de 2016.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos acompanhantes, responsáveis pelas crianças internadas na Pediatria do Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2016-2017 (n=169).

Características dos respondentes	n	%
Faixa etária (anos)		
18-29	57	33,7
30-39	64	37,9
40-49	29	17,2
>49	19	11,2
Grau de Parentesco		
Mãe	127	75,1
Pai	14	8,3
Avô(ó)	16	9,5
Tio(a)	4	2,4
Outros	8	4,7
Cidade de Residência		
Tubarão	88	52,1
Cidades da Amurel*	75	44,3
Outras cidades de Santa Catarina	5	3,0
Outras cidades brasileiras	1	0,6
Escolaridade (em anos)		
0-8 anos	69	40,8
>8 anos	100	59,2
Renda Familiar (em salários mínimos)		
0-2	44	26,0
2-4	102	60,4
>4	23	13,6

AMUREL = Associação dos Municípios da Região de Laguna.

RESULTADOS

Participaram do estudo 169 crianças que estiveram internadas durante o período em estudo. Os pais ou responsáveis dos participantes do estudo apresentaram média de idade de 35,3 (DP±11,0) anos, variando de 18 a 80 anos de idade. A Tabela 1 apresenta as características dos entrevistados.

Com relação às crianças, a média de idade foi de 6,2 (DP± 3,4) anos, variando de 2 a 13 anos de idade. A Tabela 2 apresenta os dados demográficos e de internação das crianças participantes do estudo.

Entre as comorbidades presentes nas crianças do estudo, 15 (35,7%) eram relacionadas a doenças do aparelho respiratório, 13 (30,9%) malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, e 13 (30,9%) doenças do sistema nervoso, sendo que as doenças mais comuns relatadas foram epilepsia (16,7%), asma (11,9), bronquite (11,9) e rinite alérgica (9,5%). Algumas crianças apresentaram mais de uma comorbidade. Os dias de hospitalização das crianças incluídas neste estudo variaram entre 1 e 52 dias, sendo a média de 3,4 dias.

Dentre os principais diagnósticos que motivaram a internação dos pacientes (conforme CID 10), estão as doenças do aparelho respiratório (19,5%), sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (18,4%), doenças do aparelho digestivo (16,0%), lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (10,6%), dentre outras.

Tabela 2. Características das crianças internadas na Pediatria do Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2016-2017 (n=169).

Características das crianças	n	%
Faixa etária (anos)		
2-4	67	39,6
5-10	73	43,2
11-13	29	17,2
Sexo		
Masculino	83	49,1
Feminino	86	50,9
Tipo de Internação		
SUS	139	82,2
Particular	12	7,1
Convênio	18	10,7
Internação anterior		
Sim	73	43,2
Não	96	56,8
Comorbidades		
Sim	42	24,9
Não	127	75,1
Desfecho		
Alta	169	100,0
Óbito	0	-

Tabela 3. Distribuição das prescrições medicamentosas por classes terapêuticas conforme a classificação ATC utilizadas pelas crianças internadas na Pediatria do Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2016-2017.

ATC	Classes terapêuticas	Principal representante	n*	%
N	Sistema nervoso central	Dipirona	275	34,2
J	Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	Ceftriaxona	170	21,1
A	Aparelho digestivo e metabolismo	Bromoprida	112	13,9
R	Sistema respiratório	Ipratrópio	89	11,1
M	Sistema músculo-esquelético	Cetoprofeno	72	9,0
H	Hormônios de uso sistêmico, excluindo hormônios sexuais	Hidrocortisona	35	4,4
D	Dermatológicos	Nistatina tópica	17	2,1
C	Sistema cardiovascular	Furosemida	13	1,6
B	Sangue e órgãos hematopoiéticos	Vitamina K	10	1,2
G	Sistema genitourinário e hormônios sexuais	Oxibutinina	4	0,5
P	Produtos antiparasitários	Albendazol	3	0,4
S	Órgãos dos sentidos	Tobramicina ocular	3	0,4
V	Vários	Iopamidol	1	0,1
Total			**804**	**100,0**

*Total de vezes que o medicamento foi prescrito

A Tabela 3 representa a frequência e distribuição das classes terapêuticas mais prescritas conforme a classificação ATC e os medicamentos mais utilizados de cada classe durante a internação hospitalar e, representado por n, o número de vezes em que o medicamento foi prescrito durante o estudo. No total, foram 804 prescrições entre as crianças estudadas de 115 tipos de medicamentos, resultando em uma variação de 1 a 46 medicamentos e uma média de 4,8 medicamentos por criança.

A Tabela 4 apresenta dados relativos ao uso de medicamentos entre as crianças do estudo em relação aos 15 dias anteriores à internação e os medicamentos utilizados durante a hospitalização.

Os principais motivos que levaram ao uso de medicamentos nos 15 dias anteriores à sua internação foram dor (31,4%), febre (21,7%) e tosse (9,1%). Os fármacos mais usados foram dipirona (24%), paracetamol (20,7%), xaropes (17,3%) e amoxicilina (12,4%). Destes, 4 (2,4%) dos entrevistados não souberam relatar quais medicamentos foram utilizados. Não houve diferença entre crianças que apresentavam doenças crônicas e número médio de medicamentos consumidos em ambiente hospitalar (p=0,683), e nem com o uso de medicamentos nos 15 dias anteriores à hospitalização (p=0,489).

Entre os medicamentos que causaram RAM, relatada pelos acompanhantes, os mais comuns foram os antibióticos (43,3%), sendo o principal representante a amoxicilina (23,3%), analgésicos (16,7%), com destaque para a dipirona (20%), e os anti-inflamatórios não esteroidais (16,7%), sendo o diclofenaco (6,7%) o medicamento mais comum dessa classe a causar RAM. A RAM foi associada à menor renda familiar (p=0,004) e à presença de doença crônica (p<0,005).

Tabela 4. Dados relativos ao uso de medicamentos anteriores à internação e história de RAM entre as crianças internadas na Pediatria do Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2016-2017 (n=169).

Características das crianças	n	%
Uso de medicamentos 15 dias antes		
Sim	122	72,2
Não	43	25,4
Não sabe informar	4	2,4
Automedicação nos últimos 15 dias		
Sim	35	20,7
Não	87	51,5
Não se aplica	47	27,8
Histórico de reação adversa		
Sim	30	17,8
Não	133	78,1
Não sabe informar	6	3,6
Tipo de reação adversa relatada*		
Rash cutâneo	25	83,3
Edema facial	6	20,0
Prurido	3	10,0
Convulsão	2	6,7
Dispneia	2	6,7
Tremores	1	3,3

*Algumas crianças apresentaram mais de uma reação adversa a medicamento.

DISCUSSÃO

Há poucos estudos publicados sobre o padrão de consumo de medicamentos no Brasil, principalmente em crianças (4,6,7,15). Estudos envolvendo a análise de pres-

crições de medicamentos são uma forma de avaliar a qualidade de consumo e dos serviços de saúde, com o objetivo de padronizar as prescrições e reduzir o custo de hospitalização (16). Entretanto, a utilização de medicamentos no âmbito hospitalar apresenta algumas diferenças quando comparada à prática ambulatorial. No hospital, são poucos os medicamentos em concentrações e formas farmacêuticas apropriadas ao público pediátrico, além do uso concomitante de várias medicações e o envolvimento de mais profissionais, além do médico e farmacêutico no cuidado com o paciente, como a equipe de enfermagem (13,17).

As doenças do aparelho respiratório foram as mais frequentes causas de internação dos pacientes da amostra, dado concordante com dados nacionais em que as doenças do aparelho respiratório resultaram em 27,7% das internações hospitalares no Brasil entre dezembro de 2016 e agosto de 2017, na faixa pediátrica conforme dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) (18). Além disso, o estudo incluiu os meses de transição de climas frios para climas quentes, nos quais os quadros respiratórios, como febre, resfriados e tonsilites, são mais frequentes (19).

A média de 4,8 medicamentos utilizados por criança durante a internação no presente estudo foi superior aos dados de outros estudos sobre o consumo de fármacos durante a hospitalização (7,13). Isso pode ser justificado pelas diferenças na faixa etária das crianças envolvidas nos estudos, na complexidade das doenças tratadas, assim como no acesso e características da prática clínica nos distintos hospitais onde os estudos foram desenvolvidos. A polifarmácia, definida como o uso concomitante de múltiplos medicamentos, foi implicada como um fator de risco significativo na população pediátrica para desenvolvimento de RAM, provavelmente como uma consequência da exposição a interações medicamentosas (20).

De acordo com a classificação ATC, o grupo N (sistema nervoso central) foi o mais utilizado, grupo que inclui analgésicos/antitérmicos, sendo que a dipirona é o principal representante, concordante dados encontrados por outros autores (7,17). A dipirona é um medicamento amplamente utilizado pela população infantil para alívio de processos dolorosos e quadros febris (7,17,21). No entanto, esse fármaco tem seu uso controverso devido à associação com o aparecimento de mielotoxicidade, sendo restrito em alguns países (21). No Brasil, a dipirona é medicamento isento de prescrição médica, pois seus efeitos adversos graves são considerados raros (21-23). Em coorte nacional americana, o acetaminofen foi o medicamento mais prescrito, seguido da lidocaína e ampicilina (24).

A segunda classe mais utilizada foi a dos anti-infecciosos gerais para uso sistêmico, sendo que, em outros estudos, essa classe tem sido uma das mais utilizadas entre crianças (2,17,19). A ceftriaxona foi o anti-infeccioso mais utilizado, ao contrário de outros artigos que identificaram a penicilina e seus derivados como os principais representantes dessa classe (2,19). A ceftriaxona é uma cefalosporina de 3ª geração, cujo espectro de ação é adequado para as infecções mais prevalentes em crianças hospitalizadas (24); no entanto, o alto consumo de antibióticos de amplo espectro é preocupante, pois pode favorecer a seleção de micro-organismos resistentes.

Crianças com doenças crônicas são, muitas vezes, susceptíveis a um maior tempo de internação e, consequentemente, maior uso de medicamentos. Nas crianças em estudo, observou-se uma maior frequência de história de epilepsia e asma. A epilepsia é um dos diagnósticos neurológicos mais comuns, na qual as crises convulsivas ocorrem em crianças com mais frequência do que em qualquer outra faixa etária (26). Em segundo lugar, quadros respiratórios, como a asma, têm uma incidência aumentada na população infantil, em especial nos menores de cinco anos, condição que pode ser explicada por uma imaturidade imunológica e um calibre reduzido da via aérea (26). Contudo, não foi identificada relação entre a doença crônica na criança e o uso de medicamentos durante a internação e nos 15 dias anteriores. Isso pode ser justificado pela ocorrência de quadros agudos como responsáveis pela hospitalização, o qual também exige tratamento farmacológico múltiplo.

Em relação ao consumo de medicamentos nos 15 dias anteriores à internação, dados revelaram que a grande maioria das crianças do presente estudo havia consumido medicamentos por prescrição médica. Esse dado é semelhante a outros estudos que utilizaram o mesmo período recordatório (2,27). Entre os medicamentos relatados, destacaram-se principalmente a dipirona e o paracetamol, sendo procurados especialmente por sintomas de febre e dor. Estudo realizado na Itália relatou os anti-inflamatórios não esteroidais como os medicamentos mais utilizados em crianças pelos responsáveis sem prescrição médica (28). A prática de automedicação pode levar a reações adversas a medicamentos, como observado na França, onde 22% das notificações de RAM em crianças ocorreram por medicamentos não prescritos (29).

Entre as crianças que tiveram história de RAM relatada, os principais responsáveis foram os anti-infecciosos, sendo a amoxicilina o fármaco mais citado. As reações observadas com mais frequência foram manifestações cutâneas, descritas como *rash* cutâneo, resultado semelhante a estudo feito no setor de emergência de um hospital de São Paulo (9). Em outro estudo de coorte realizado no Brasil, a incidência de reações adversas a medicamentos foi de 22%, sendo as manifestações gastrintestinais as mais frequentes, e os anti-infecciosos os medicamentos mais associados a RAM (30). Em revisão sistemática a respeito de RAM, o fator de risco comum residiu no aumento do número de medicamentos prescritos para cada paciente, o que aumentou a exposição a diferentes fármacos e facilitou o aparecimento de reações adversas, o que também foi verificado no presente estudo, em que as RAM estiveram associadas à presença de doença crônica (31). Apesar de serem observados dados de reações adversas semelhantes a outros estudos (4,9,32), o fato de o dado ser relatado pelos respon-

sáveis, mesmo mediante o diagnóstico clínico, pode incutir em imprecisão, o que limita a análise desses dados.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. O inquérito feito com acompanhantes está sujeito a vieses de aferição, por se utilizar recordatório, sem um diagnóstico documentado dos medicamentos utilizados e da ocorrência comprovada de RAM. Para a minimização do viés de memória, foi solicitada a apresentação da embalagem ou receita dos medicamentos consumidos nos 15 dias anteriores à internação, porém nem sempre estavam presentes durante a entrevista. Além disso, este estudo não avaliou os fatores relacionados à indicação e prescrição dos medicamentos administrados.

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou um documento sobre Assistência Farmacêutica em Pediatria, o qual recomenda diversas ações para o uso racional de medicamentos nesta faixa etária. O documento enfoca a necessidade de estudos clínicos e epidemiológicos envolvendo crianças, como o caso deste artigo, que garantam a eficácia, a segurança e a efetividade do tratamento medicamentoso para esta população, além de fazer um diagnóstico de situação a fim de solucionar os problemas que venham a ser detectados. Além disso, aponta a necessidade de desenvolvimento de produtos para crianças, com vistas a solucionar as doenças negligenciadas, e, ainda, aumentar a comodidade e a adesão à farmacoterapia. Sugere, também, a inclusão de medicamentos pediátricos na Relação dos Medicamentos Essenciais (Rename) e a necessidade de processo regulatório específico em pediatria (15).

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer os aspectos clínicos e a utilização de medicamentos em uma unidade de internação pediátrica. A prevalência encontrada neste estudo corrobora os resultados da literatura, os quais indicam consumo elevado de medicamentos em pediatria. Por isso, é de grande importância a realização de estudos que tragam informações sobre o padrão de consumo para a promoção do uso racional de medicamentos na faixa etária pediátrica.

Com base nos dados encontrados, foi possível concluir que, dentre as crianças estudadas, 72,2% utilizaram medicamentos nos 15 dias anteriores à hospitalização, mas, na maioria, foram utilizados por prescrição médica para manejo de sintomas febris ou dolorosos. Durante a hospitalização, a média de uso de medicamentos foi de 4,8 por criança, sendo os principais representantes fármacos que atuam no sistema nervoso, como analgésicos e antipiréticos, e os anti-infecciosos de uso sistêmico. Houve relato de 17,8% de RAM entre as crianças investigadas, com relação a tratamentos farmacológicos atuais ou pregressos.

REFERÊNCIAS

1. Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? Cien Saude Colet 2008;13(Suppl):733-6.
2. Cruz MJ, Dourado LF, Bodevan EC, Andrade RA, Santos DF. Uso de medicamentos entre crianças de 0-14 anos: estudo de base populacional. J Pediatr (Rio J).2014;90(6):608-15.
3. Carvalho DC, Trevisol FS, Menegali BT, Trevisol DJ. Drug utilization among children aged zero to six enrolled in day care centers of Tubarão, Santa Catarina, Brazil. Rev Paul Pediatr 2008;26(3):238-44.
4. Santos DB, Coelho HLL. Reações adversas a medicamentos em pediatria: uma revisão sistemática de estudos prospectivos. Rev Bras Saúde Matern. Infant. 2004;4(4):341-9.
5. Tonello P, Andriguetti LH, Perassolo MS, Ziulkoski AL. Avaliação do uso de medicamentos em uma unidade pediátrica de um hospital privado do sul do Brasil. Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2013;34:101-8.
6. Loureiro CV, Néri EDR, Dias HI, Mascarenhas MBJ, Fonteles MMF. Uso de medicamentos off-label ou não para pediatria em hospital público brasileiro. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo 2013; 4(1):17-21licenciados.
7. Meiners MMA, Bergsten-Mendes G. Prescrição de medicamentos para crianças hospitalizadas: como avaliar a qualidade? Rev Ass Med. Brasil 2001; 47(4):332-7.
8. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox). Disponível em: [http://www.fiocruz.br/sinitox/]. Acesso em: 26 Dez 2017.
9. Lieber NSR, Ribeiro E. Reações adversas a medicamentos levando crianças a atendimento na emergência hospitalar. Rev Bras Epidemiol 2012; 15(2): 265-74
10. Shah SS, Hall M, Goodman DM, et al. Offlabel drug use in hospitalized children. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161(3): 282-290
11. Feinstein J, Dai D, Zhong W, Freedman J, Feudtner C. Potential Drug−Drug Interactions in Infant, Child, and Adolescent Patients in Children's Hospitals. Pediatrics 2015; 135: 99-108.
12. Estatísticas de 2014 do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Disponível em: http://www.hnsc.org.br/o-hnsc/estatisticas.
13. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.
14. World Health Organization. Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment. Oslo: WHO Collaborating Centre for drug Statistics methodology, 2013.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica em Pediatria no Brasil : recomendações e estratégias para a ampliação da oferta, do acesso e do Uso Racional de Medicamentos em crianças - Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
16. Araújo PTB, Uchôa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. Cienc Saude Colet 2011;16(Supl. 1):S1107-14.
17. Souza MCP, Goulart MA, Rosado V, Reis AMM. Estudo de utilização de medicamentos parenterais em uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário. Rev Bras Ciênc Farm. 2008;44:675-82.
18. DATASUS. Informações em Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def. Acesso em: 5 Nov 2017.
19. Semtchuk ALD, Labegalini CMG, Iamaguchi-Luz KCS. Uso de medicamentos entre crianças em idade pré-escolar. VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica, 23-26 de outubro de 2012, Maringá PR, CESUMAR. Disponível em: [http://www.unicesumar.edu.br/prppge/pesquisa/mostras/vi_mostra/artigos.php]. Acesso em: 08 Nov 2015.
20. Rashed AN, Wong IC, Cranswick N, Tomlin S, Rascher W, Neubert A. Risk factors associated with adverse drug reactions in hospitalized children: international multicentre study. Eur J Clin Pharmacol. 2012;68(5):801-810
21. Ferreira TR, Filho SB, Borgatto AF, Lopes LC. Analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios não esteroides em prescrições pediátricas. Cienc Saúde Colet 2013 18:3695-704.
22. Maj S, Centkowski P. A study of the incidence of agranulocytosis and aplastic anemia associated with the oral use of metamizole sodium in Poland. Med Sci Monit 2004; 10(9):PI93-PI95.
23. Backstrom M, Hauml S, Mjorndal T, Dahlqvist R. Utilization pattern of metamizole in northern Sweden and risk estimates of agranulocytosis. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2002; 11(3):239-245.

24. Lasky T, Ernst FR, Greenspan J, Wang S, Gonzalez L. Estimating pediatric inpatient medication use in the United States. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2011;20:76-82.
25. Nascimento-Carvalho CM, Souza-Marques HH. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária. Rev Panam Salud Publica. 2004;15(6):380-87.
26. Bezerra EA. Internações por agravos crônicos na infância em um hospital do norte do Brasil. Monografia [Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
27. Santos DB, Barreto ML, Coelho HLL. Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres. Rev Saúde Pública 2009;43:768-78.
28. Garofalo L, Di Giuseppe G, Angelillo IF. Self-Medication Practices among Parents in Italy. Biomed Res Int. 2015;2015:580650.
29. Durrieu G, Maupiler M, Rousseau V, Chebane L, Montastruc F, Bondon-Guitton E, Montastruc JL. Frequency and Nature of Adverse Drug Reactions Due to Non-Prescription Drugs in Children: A Retrospective Analysis from the French Pharmacovigilance Database. Paediatr Drugs. 2017
30. Andrade PHS, Lobo IMF, da Silva WB. Risk factors for adverse drug reactions in pediatric inpatients: A cohort study. PLoS One. 2017;12(8):e0182327.
31. Andrade PHS, Santos ADS, Souza CAS, Lobo IMF, da Silva WB. Risk factors for adverse drug reactions in pediatric inpatients: a systematic review. Ther Adv Drug Saf. 2017;8:199-210.
32. Schirm E, Tobi H, van Puijenbroek EP, Monster-Simons MH, Jong-van den Berg LTW. Reported adverse drug rections and their determinants in Dutch children outside the hospital. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2004; 13: 159-65.

✉ Endereço para correspondência
Fabiana Schuelter Trevisol
Av. José Acácio Moreira, 787
88.704-900 – Tubarão/SC – Brasil
☎ (48) 3621-3363
fastrevisol@gmail.com

Recebido: 28/2/2018 – Aprovado: 31/3/2018