



HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz)
HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO
HOSPITAL CRISTO REDENTOR
HOSPITAL FÊMINA

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F.(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-200
CNPJ 92.787.118/0004-72 - Rua Álvares Cabral, 653 F.(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-250
CNPJ 92.787.118/0003-91 - Rua Domingos Rubbo, 20 F.(51) 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP. 91040-000
CNPJ 92.787.118/0002-00 - Rua Mostardeiro, 17 F.(51) 3314.5200 - Porto Alegre - RS - CEP. 90430-001
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Conselho de Administração

Alberto Beltrame (presidente)
Adriana Denise Acker
Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo
Elvira Mariane Schulz
Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho
Rudiarmin Stranbuski Caldeira

Conselho Fiscal

Maurício Cardoso Oliva - STN
Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Arionaldo Bomfim Rosendo

Diretoria

Adriana Denise Acker (Diretora-Superintendente)
Ibanez Ferreira Filter (Diretor Administrativo e Financeiro)
Mauro Fett Sparta de Souza (Diretor Técnico)

Gerentes dos Hospitais

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Administração

Carolina Ritter Ribeiro

Pacientes Externos

Alexandre Tesheiner Bessil

Unidades de Internação

José Accioly Jobim Fossari

Saúde Comunitária

Landia Maria Araújo Cunha

Serviços de Diagnóstico e Tratamento

Eduardo de Albuquerque Nunes Elsade

Hospital Cristo Redentor

Administração

Jeferson Luís Faria Oliveira

Unidades de Internação

Walter Henrique Broock Neto

Hospital Fêmeina

Administração

Denise Maria Jornada Braga

Unidades de Internação

Eduardo Neubarth Trindade

Hospital Criança Conceição

Administração

Eliaana Ferreira Bender

Unidades de Internação

Luiz Roberto Braun Filho

REVISTA DO GHC

Momento & Perspectivas em Saúde

Volume 29 - n°3 - Julho/Setembro - 2016

Publicação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, sociedade anônima de capital fechado com controle acionário da União Federal e vinculado ao Ministério da Saúde, coordenada editorialmente pela Comissão de Residência Médica do GHC (COREME - GHC), **a Revista do GHC - Momento & Perspectivas em Saúde**, tem como escopo divulgar a experiência técnico-científica dos profissionais do GHC, estimular a divulgação de pesquisas das áreas médicas e difundir conhecimentos, de qualquer origem, que contribuam para aperfeiçoar o momento e desenvolver tendências de melhoria das perspectivas para a saúde no País.

Editores

Alberto Salgueiro Molinari
André Galvão
Leo Limberger

Conselho Editorial

Airton Stein	Justo S. Lobato Leivas
Balduino Tschiedel	Lauro Hagemann
Carla Favero Hofmeister	Marília Gerhardt de Oliveira
Charly F. Camargo	Paulo R.S. Silva
Cristina Rosa Mazzaferro	Pedro Pimentel Filho
Cristiane Valle Tovo	Rafael Moraes
Edelves Vieira Rodrigues	Raul Pruinelli
José Luiz Pedrini	Rodrigo Argenta
Júlio Baldisserotto	Romeu Warken
Carlos Eduardo Poli de Figueiredo (PUCRS)	Sérgio Antonio Sirena
Jorge Luiz de Lima Hetzel (FFFCMPA)	Maria Inês Schmidt (UFRGS)
Alberto Bujardon (CUBA)	Leo Doncatto (ULBRA)
George L. Irvin III(USA)	Denise M. Carneiro-Plá (USA)

CORRESPONDÊNCIA: os trabalhos para publicação e as revistas em permuta devem ser encaminhadas para “Revista do GHC - Momento & Perspectivas em Saúde” Revista Técnico-Científica do GHC - Serviço de Editoria - COREME - Av. Francisco Trein, 596 - CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS Brasil - Telefone: (51) 3357.2056

SUMÁRIO

EDITORIAL

Os Editores.....	158
------------------	-----

ARTIGOS ORIGINAIS

Eficácia da abiraterona em pacientes com adenocarcinoma de próstata metastáticos resistentes à castração, no serviço de oncologia clínica do Hospital N. Senhora da Conceição Rivadávio Antunes, Luísa Fasolo, Juliana Menezes.....	159
---	-----

Avaliação de ferritina em pacientes com doença hepática gordurosa não alcoólica e sua relação com escores de gravidade em pacientes diabéticos e não diabéticos Pedro M D Ferrarin, Pablo T R Gonçalves, Franciele S Bertol, Rafael da Veiga C Picon, Fábio Lantz, Cristiane Valle Tovo.....	165
--	-----

Linfomas associados à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (hiv): análise demográfica e do perfil dos pacientes atendidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição Daiane Weber, Carolina Da Fonte Pithan, Katia Zanotelli Fassina.....	170
---	-----

Conhecimentos, expectativas e corresponsabilização das gestantes no trabalho de parto e nascimento, para uma fundamentação do protagonismo no contexto da humanização da assistência Chádia Lucca El Hajjar, Carolina Seibel Chassot, Luciana Rodríguez Barone.....	176
---	-----

Fatores associados à necessidade de transferência para leito psiquiátrico em pacientes avaliados em interconsulta psiquiátrica em hospital geral Felipe Gutiérrez Carvalho, Daniel Heidemann Moura, Marina da Silva Netto, Airton Tetelbom Stein.....	189
---	-----

ARTIGO DE REVISÃO

Avaliação endometrial em pacientes assintomáticas na pós-menopausa: análise das evidências relacionadas ao rastreio de câncer de endométrio Gabriela Guidotti Michelin, Clarissa de Andrade Gonçalves do Amaral.....	198
--	-----

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

Síndrome de Guillain-Barré em pediatria – série de casos num hospital terciário do sul do Brasil Melina Roberta Rech, Sócrates Salvador.....	212
--	-----

RELATOS DE CASOS

Fístula vésico-uterina como uma complicação do parto a fórceps – relato de caso Leo Francisco Limberger, Vinícius Alberto Dall Bosco.....	219
---	-----

A dificuldade diagnóstica da doença de kawasaki incompleta: relato de caso Priscila Pires Dalpias, Iloite Maria Scheibel.....	225
---	-----

Intussuscepção intestinal em adultos

Juliana Vasconcelos de Abreu Ruszczyk, Rochele Bampi, Gustavo Cantelli de Souza, Steven Kitzberger, Elias Morsch.....	231
---	-----

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA DO GHC

.....	238
-------	-----

EDITORIAL

Neste terceiro volume de 2016 da Revista do GHC - Momento & Perspectivas em Saúde, apresentamos uma rica edição de artigos originais derivados de diferentes áreas e especialidades médicas do GHC como: da Oncologia Clínica, da Gastroenterologia, da Hematologia, serviços do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Também trabalhos originais originados da Medicina de Família e Comunidade e um outro em associação com a psiquiatria, enriquecem esta edição.

Do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Fêmina, um enriquecido artigo de revisão sobre o rastreio de câncer de endométrio e a adequação da avaliação ultrassonográfica transvaginal como peça deste rastreio, descarta a sua utilização e remete a necessidade de maiores estudos para o precoce diagnóstico desta patologia muito prevalente.

Do Hospital da Criança Conceição, do serviço de Neurologia Pediátrica, usando uma série de casos, um artigo de Atualização descreve muito bem o manejo e avaliação da Síndrome de Guillain-Barré em pediatria, na momento atual.

Em relato de casos, a Ginecologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição uma complicação rara de parto a fórceps, a Pediatria do Hospital da Criança Conceição relata um raro caso de doença de Kawasaki incompleta e a sua dificuldade de diagnosticá-la e a Cirurgia Geral do Hospital Conceição relata o caso de intussuscepção intestinal em adulto, condição rara de obstrução intestinal em pacientes não pediátricos.

Como vemos nesta apresentação, o corpo editorial da revista do GHC , só pode recomendar a todos boa leitura. (Mom & Persp. Saúde. 2016;29(3):158

Os Editores

EFICÁCIA DA ABIRATERONA EM PACIENTES COM ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA METASTÁTICOS RESISTENTES À CASTRAÇÃO, NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA CLÍNICA DO HOSPITAL N. SENHORA DA CONCEIÇÃO

Efficacy of Abiraterone in patients with Metastatic Prostate Adenocarcinoma castration resistant in Clinical Oncology Service at Nossa Senhora Conceição Hospital

Rivadávio Antunes*, Luísa Fasolo*, Juliana Menezes**

RESUMO

INTRODUÇÃO: Avaliar a eficácia do uso de Abiraterona em pacientes com Câncer de Próstata Resistente à Castração no Hospital Nossa Senhora da Conceição é o objetivo principal deste estudo, assim como demonstrar a importância de tal medicação. **MÉTODOS:** Estudo de série de casos retrospectiva, realizada através da revisão de prontuários eletrônicos no período de 01 de Março de 2012 até 30 de novembro de 2015. Foram incluídos na análise pacientes com Câncer de Próstata Metastático Resistente à Castração, com documentação de progressão bioquímica e em exames de imagem. Abiraterona é utilizada na dose de 1000mg ao dia e há o uso associado de Prednisona 10 mg ao dia. O objetivo primário do estudo foi determinar a sobrevida global (SG). Os objetivos secundários foram sobrevida livre de progressão (SLP) e taxa de resposta (TRR). **RESULTADOS:** Foram incluídos 18 pacientes com indicação de Abiraterona após progressão à castração química ou cirúrgica. Três pacientes foram a óbito antes de iniciar a medicação. Na amostra final foram incluídos 15 pacientes que fizeram uso de Abiraterona neste período. Quanto aos dados de sobrevida global, 60,3% dos pacientes estavam vivos em 12 meses. A análise de sobrevida livre de progressão revelou que 61,9% estavam sem progressão de doença documentada em 12 meses. **DISCUSSÃO:** A Abiraterona é uma droga bem tolerada, não disponível pelo SUS, com poucos efeitos adversos. **CONCLUSÃO:** Os dados da literatura referentes à SG e SLP são semelhantes aos apresentados pela nossa revisão. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 159-164)

Descritores: câncer de próstata, abiraterona, castração

ABSTRACT

INTRODUCTION: Evaluate de efficacy of Abiraterone in patients with prostate cancer castration resistant at Nossa Senhora Conceição Hospital and prove the importance of this drug. **METHODS:** Trial of retrospective number of cases, performed through electronic records since March 2012 until November 2015. Abiraterone is used taking 1000 mg once a day and with prednisone 10 mg once a day too. The primary endpoint was to set the overall survival (OS). The secondary endpoints were progression free survival and response rate (RR). **RESULTS:** Were included 18 patients with Abiraterone indication after progression with chemical or surgical castration. Three patients were dead before begin the drug. In the final sample, were included 15 patients. Sixty percent of these were alive in twelve months (OS data). The analysis of PFS revealed that 61,9 % were without progression in twelve months. **DISCUSSION:** Abiraterone is a drug well tolerated, with a few side effects. **CONCLUSION:** The literature data of OS and PFS are similar comparing with the data of our review. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 159-164)

Key words: prostate cancer, abiraterone, castration

Recebido em 06/12/15 e aceito para publicação em março de 2016

*Médicos residentes do PRM de Oncologia Clínica do HNSC

**Preceptora do PRM de Oncologia Clínica do HNSC

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é a neoplasia maligna mais frequente em homens em todo o mundo. Dados de estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para 2014 confirmam este fato, com valores previstos de 68.800 novos casos neste período, 22,8% do total de neoplasias diagnosticadas entre homens.¹

O tratamento standard para câncer de próstata reduz o nível sanguíneo de testosterona, o hormônio que é o combustível para o crescimento tumoral. Entretanto, muito dos cânceres prostáticos eventualmente se tornam resistentes a esses tratamentos. Tais tumores são chamados de câncer de próstata resistentes à castração (CPRC).^{3,5,10}

Antes de 2010, o único tratamento sistêmico aprovado associado com melhora de sobrevida global foi o docetaxel. Dado a heterogeneidade do CPRCm, a administração de terapias subsequentes ou antecedentes à quimioterapia tem sido um desafio para pesquisadores da área, até mesmo para delinear a sequência correta do tratamento da doença.²

O acetato de abiraterona é uma pró-droga da abiraterona, um inibidor oral irreversível do complexo da enzima citocromo 450 c17 que está implicada na produção de androgênio. Esse composto bloqueia a síntese de androgênios nos testículos, adrenais e intratumoral.^{4,13}

O estudo COU-AA-302 foi o primeiro estudo a demonstrar benefício de uma hormonioterapia em pacientes com CPRCm, e sem uso prévio de quimioterapia. Foi um estudo fase III e randomizado, que incluiu 1088 pacientes com CPRCm. A mediana de sobrevida global para o grupo da abiraterona adicionou 4 meses comparado ao grupo placebo, com *hazard ratio* de 0,81 e *p* com significância estatística.^{8,9}

Em nosso centro, traçaremos o perfil dos pacientes com CPRCm que estão ou estiveram em uso de abiraterona, tanto pré como pós-quimioterapia, assim como sobrevida global, sobrevida livre de progressão e taxa de resposta radiológica.

MÉTODOS

Estudo de série de casos retrospectivo, realizado a partir da revisão de prontuários eletrônicos de pacientes com diagnóstico de Adenocarcinoma de Próstata Metastático em tratamento no Serviço de Oncologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), no período de 1º de Março de 2012 a 31 de Novembro de 2015.

Os pacientes foram selecionados a partir do momento em que apresentaram progressão bioquímica, clínica ou radiológica ao tratamento de bloqueio androgênico. Foram avaliados pacientes em uso de Abiraterona, antes ou após quimioterapia, com o objetivo de estimar valores de sobrevida global (SG), sobrevida livre de progressão (SLP) e correlacionar com os dados encontrados na literatura.

A Abiraterona 250mg foi administrada via oral na dose de 1000mg em jejum, juntamente com Prednisona 10mg ao dia.

Na interpretação dos dados estatísticos foram feitas análises descritivas, média e desvio padrão para variáveis contínuas com distribuição normal, mediana e intervalo interquartilico para as contínuas com distribuição assimétrica, além de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas.

As análises de sobrevida global e livre de progressão foram feitas através de Curva de Kaplan-Meier, com auxílio do programa SPSS 16.0.

RESULTADOS

Entre 1º de Março de 2012 a 31 de novembro de 2015, foram identificados 18 pacientes com indicação de tratamento após resistência à castração com Abiraterona 1000mg por dia, associado à Prednisona. Durante a revisão, averiguamos que três pacientes haviam sido, em consulta médica, orientados a utilizar a medicação, mas não houve tempo hábil para início do tratamento. Devido à ausência de Abiraterona na lista de medicações autorizadas pelo SUS, seu uso em serviços públicos como o nosso requer autorização pelo Governo Estadual. Há um intervalo de tempo desde a sua solicitação até o recebimento e início de uso pelo paciente.

Quinze pacientes iniciaram tratamento com Abiraterona no período determinado pelo nosso estudo. Houve quatro óbitos no período analisado. Em relação à taxa de resposta radiológica, obtivemos resultados de doença estável em 7 pacientes, progressão de doença em 2 pacientes e nenhuma resposta parcial. Este dado foi

comprometido pela falta de documentação de reavaliação radiológica. Seis pacientes foram excluídos por não terem exames de imagem após início da droga. Não encontramos o real motivo da ausência desses exames.

As características gerais dos pacientes avaliados encontram-se no quadro 1. A maioria dos pacientes apresentava doença de alto risco, Gleason 9, ECOG zero-1 e metástase óssea exclusiva. Pouco mais da metade já havia sido submetido à terapia com Docetaxel.

Referente aos dados de sobrevida global, a probabilidade dos pacientes em uso de Abiraterona estarem vivos em 12 meses é de 60,3%. Os achados sobre sobrevida livre de progressão resultaram no seguinte dado: 61,9% dos pacientes não haviam apresentado progressão de doença no período de 12 meses. A maioria dos nossos pacientes (78%) obteve doença estável na taxa de resposta radiológica, o que correlaciona com os dados de literatura.

Quadro 1: Características dos pacientes com Adenocarcinoma de Próstata Metastático Resistente à Castração em uso de Abiraterona	
Características	15 pacientes
Idade - anos	
Média	72
Variação	60-85
Risco	
Alto	11
Intermediário	3
Ignorado	1
Gleason	
7	4
8	2
9	5
Ignorado	4
ECOG	
ZERO	2
1	9
2	ZERO
3	1
4	3
Metástases Ósseas Exclusivas	8
Quimioterapia Prévia	8
Dor óssea	9
PSA total(mediana)	
Pré – abiraterona	150

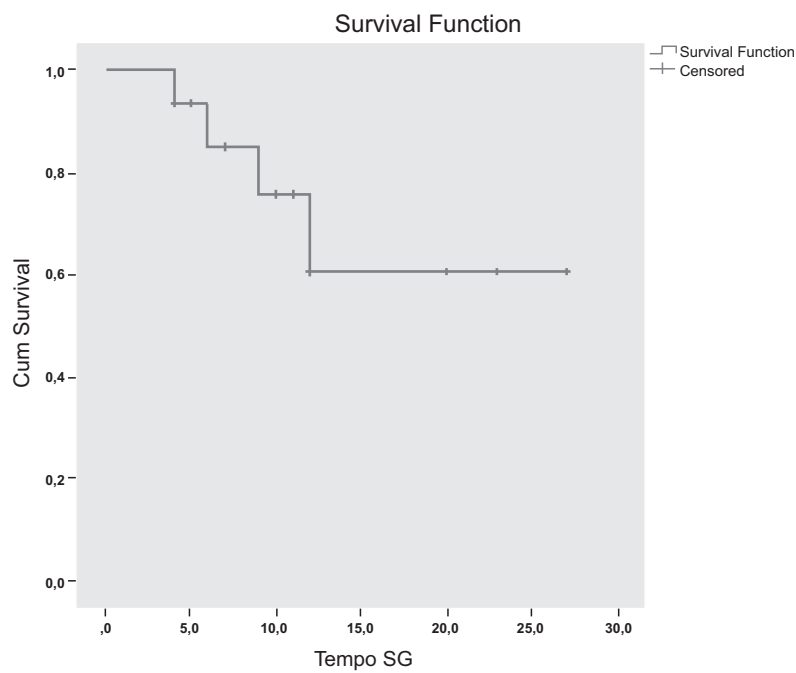


Figura 1: Curva de Kaplan Meier para Sobrevida Global (SG)

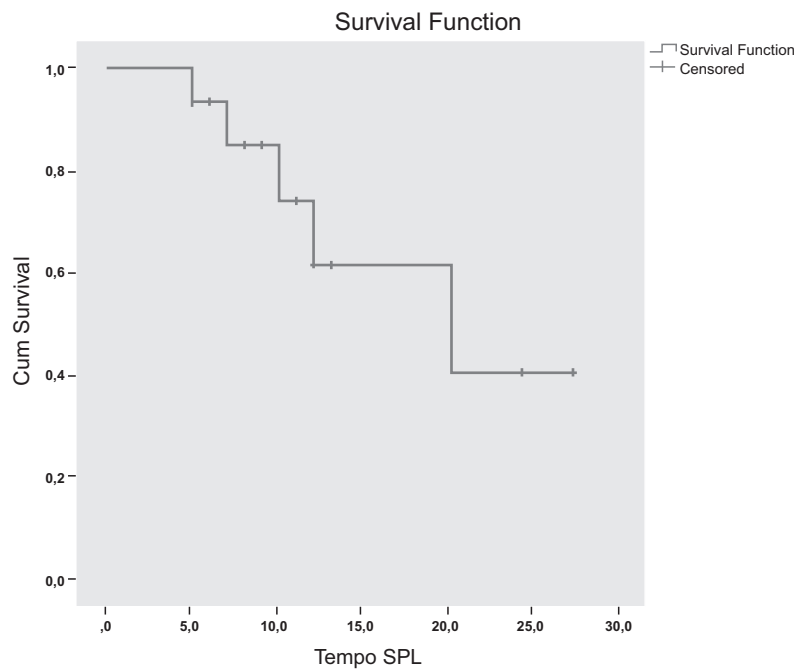


Figura 2: Curva de Kaplan Meier para Sobrevida Livre de Progressão (SLP)

DISCUSSÃO

O câncer de próstata representa quase um terço dos casos de neoplasia diagnosticadas em homens.¹ O acetato de Abiraterona é uma droga que age inibindo a síntese androgênica. É capaz de bloquear essa síntese nos testículos, adrenais bem como intratumoral.^{2,3} É uma droga bem tolerada, não disponível pelo Sistema Único de Saúde, com poucos efeitos adversos. A dose recomendada é de 1000 mg/dia e deve ser tomada com uma dose baixa de prednisona ou prednisolona para não haver aumento dos efeitos mineralocorticoides como hipertensão, edema e hipocalemia.^{10,14}

Os dados de sobrevida global (SG) da nossa revisão, em 6 meses foram de 84 % e em 12 meses, de 60 %. O estudo COU-AA-301 incluiu 1.195 pacientes com CPRCm (já tratados com quimioterapia) e conseguiu obter dados significativos referentes à SG comparando com o grupo placebo (14,8 x 10,9 meses; $p < 0,001$).^{2,11} Nesse estudo, a SG em 12 meses foi de aproximadamente 60 %, o que é compatível com a nossa revisão. Outro estudo de extrema importância foi o COU-AA-302, que incluiu 1.088 pacientes com CPRCm com poucos sintomas e sem uso anterior de quimioterapia. Esse estudo também conseguiu obter dados relevantes referentes à SG comparados com o grupo placebo (34,7 x 30,3 meses, HR 0,81 ; $p = 0,0033$).^{7,8} A SG em 12 meses foi de aproximadamente 85 %. Esse trial em questão, foi o primeiro a demonstrar o benefício real de uma hormonioterapia nessa população de pacientes com CPRCm sem uso prévio de quimioterapia, no caso, docetaxel.

Dados retrospectivos recentes tem sugerido a atividade de cabazitaxel em pacientes que falharam à abiraterona, apesar de que esses dados requerem confirmação em estudos prospectivos que estão em andamento.¹⁵

Em resumo, a abiraterona é um antiandrogênio de última geração que mostra benefício significativo por meio de grandes estudos randomizados em desfechos clinicamente significativos como SG, SLP e tempo até

piora da dor.^{6,7} Como é uma droga que não é disponibilizada pelo SUS, e para alguns serviços, não tê-la como opção torna-se um fato real, sendo o paciente oligossintomático e/ou pouco volume de doença, os antiandrogênios de primeira geração tornam-se uma opção de tratamento, deixando a quimioterapia para outras situações como piora clínica ou alto volume de doença.⁵

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/> (Acesso em 14/11/2015).
2. BONO JS, LOGOTHETIS CJ, MOLINAA et al. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med* 2011; 364(21): 1995–2005.
3. POTTER GA, BARRIE SE, JARMAN M, ROWLANDS MG. Novel steroidal inhibitors of human cytochrome P45017 alpha (17 alphahydroxylase- C17,20-lyase): potential agents for the treatment of prostatic cancer. *J Med Chem* 1995;38:2463-71.
4. Attard G, Reid AH, A'Hern R, et al. Selective inhibition of CYP17 with abiraterone acetate is highly active in the treatment of castration-resistant prostate cancer. *J Clin Oncol* 2009;27:3742-8.
5. LORIOT Y, BIANCHINI D, ILEANA E, et al. Antitumor activity of abiraterone acetate against metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel and enzalutamide (MDV3100). *Ann Oncol* 2013; 24:1807.
6. BASCH E, AUTIO K, RYAN CJ, MULDER P, SHORE N, et al. Abiraterone acetate plus prednisone versus prednisone alone in chemotherapy-naïve men with metastatic castration-resistant prostate cancer: patient-reported outcome results of a randomised phase 3 trial.
7. RYAN CJ, SMITH MR, DE BONO JS, et al. Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy. *N Engl J Med* 2013; 368:138.
8. RYAN CJ, SMITH MR, FIZAZI K, et al. Abiraterone acetate plus prednisone versus placebo plus prednisone in chemotherapy-naïve men with metastatic castration-resistant prostate cancer (COU-AA-302): final overall survival analysis of a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3

study. *Lancet Oncol* 2015; 16:152.

9. LOGOTHETIS CJ, BASCH E, MOLINA A, FIZAZI K, NORTH SA, CHI KN, et al. Effect of abiraterone acetate and prednisone compared with placebo and prednisone on pain control and skeletal-related events in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: exploratory analysis of data from the COU-AA-301 randomised trial, *Lancet Oncol*. 2012 Dec;13(12).

10. DEVITA, HELLMAN, AND ROSENBERG'S CANCER: Principles & Practice of Oncology, 10e Vincent T. DeVita, Jr.; Theodore S. Lawrence, Steven A. Rosenberg, Chapter 68.

11. BONO JS, LOGOTHETIS CJ, FIZAZI K, ET al. Abiraterone acetate (AA) plus low dose prednisone (P) improves overall survival (OS) in patients (pts) with metastatic castration-resistant prostate cancer who have progressed after docetaxel-based chemotherapy (chemo): results of COU-AA-301, a randomized double-blind placebo-controlled phase 3

study. *Ann Oncol* 2010.

12. MILLER WL, AUCHUS RJ. The molecular biology, biochemistry, and physiology of human steroidogenesis and its disorders. *Endocr Rev* 2011;32:81-151.

13. MOLINA A, BELLDEGRUN AS. Novel therapeutic strategies for castration-resistant prostate cancer: inhibition of persistent androgen production and androgen receptor mediated signaling. *J Urol* 2011; 185:787-94.

14. ATTARD G, REID AH, DE BONO JS. Abiraterone acetate is well tolerated without concomitant use of corticosteroids. *J Clin Oncol* 2010;28(29):e560-e561.

15. AL NAKOUSHI N, LE MOULEC S, ALBIGES L, et al. Cabazitaxel remains active in patients progressing after docetaxel followed by novel androgen receptor pathway targeted therapies. *Eur Urol* 2014; published on line May 2. DOI:10.1016/j.eururo.2014;66: 459-65.

AVALIAÇÃO DE FERRITINA EM PACIENTES COM DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA NÃO ALCOÓLICA E SUA RELAÇÃO COM ESCORES DE GRAVIDADE EM PACIENTES DIABÉTICOS E NÃO DIABÉTICOS

Ferritin evaluation in patients with non-alcoholic fatty liver disease and its relationship to severity scores in diabetic and nondiabetic patients

Pedro M D Ferrarin^{*}, Pablo T R Gonçalves^{*}, Franciele S Bertol^{*}, Rafael da Veiga C Picon^{*}, Fábio Lantz^{***},
Cristiane Valle Tovo^{***}

RESUMO

INTRODUÇÃO: Doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), afeta em média 25% dos ocidentais, a hiperferritinemia ocorre em 20-30% dos pacientes. O objetivo é analisar o perfil bioquímico e comparar os valores de ferritina com escores de gravidade de doença hepática e outras alterações laboratoriais, discriminando pacientes com e sem diabetes mellitus. **MÉTODOS:** Estudo transversal em que foram avaliadas a variáveis: plaquetas, APRI score, NAFLD score, aminotransferases e sua correlação com a ferritina e também subdividindo estes pacientes em diabéticos e não diabéticos. **RESULTADOS:** Foram analisados 76 pacientes o coeficiente de correlação entre o NAFLD score e a ferritina no grupo geral foi de 0,213 ($p=0,087$). Realizando a correlação somente nos pacientes diabéticos houve associação entre ferritina e alanina aminotransferase (ALT) com coeficiente de 0,302 ($p=0,098$). **CONCLUSÃO:** Não ocorreu relação significativa entre a ferritina e a gravidade da doença hepática. Em pacientes diabéticos houve tendência de correlação entre ALT e ferritina. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 165-169)

Descritores: fígado - esteatose - ferritina

ABSTRACT

INTRODUCTION: non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD), affects roughly 25% of Westerners hyperferritinemia occurs in 20-30% of patients. The goal is to analyze the biochemical profile and compare the ferritin levels with severity scores of liver disease and other laboratory findings, distinguishing patients with and without diabetes mellitus. **METHODS:** Cross-sectional study in which they evaluated the variables: platelets, APRI score, NAFLD score, aminotransferases and its correlation with ferritin and also subdividing these patients in diabetic and non-diabetic. **RESULTS:** 76 patients were analyzed the correlation coefficient between the NAFLD score and ferritin in the overall group was 0.213 ($p = 0.087$). Performing the correlation only in diabetic patients was no association between ferritin and alanine aminotransferase (ALT) with a coefficient of 0.302 ($p = 0.098$). **CONCLUSION:** There was no significant relationship between ferritin and severity of liver disease. In diabetic patients, there was correlation trend between ALT and ferritin. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 165-169)

Keywords: liver - steatosis - ferritin

Recebido em 12/12/15 e aceito para publicação em fevereiro de 2016

^{*}Especialista em Clínica Médica. Médico Residente de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

^{**}Médico Gastroenterologista do HNSC, Chefe da Residência Médica de Gastroenterologia do HNSC, Especialista em Clínica Médica.

^{***}Doutora em Hepatologia; Livre-Docente em Gastroenterologia; Médica do Serviço de Gastroenterologia do HNSC; Professora Adjunta da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

INTRODUÇÃO

Doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), a expressão hepática da síndrome metabólica, afeta em média 25% da população ocidental e sua incidência tem aumentado nos últimos anos. Quando associada com necroinflamação e balonização, definindo a esteatohepatite não-alcoólica (EHNA), pode evoluir para cirrose e hepatocarcinoma¹.

Apesar da mudança de estilo de vida ser a medida mais eficaz no manejo da DHGNA, é difícil manter o comprometimento dos pacientes a longo prazo, e os resultados obtidos com a terapia farmacológica são insatisfatórios até o momento.

A hiperferritinemia com discreto acúmulo de ferro no fígado é observada em 20 a 30% dos pacientes com DHGNA referenciados a centros de atendimento terciários e é comumente chamada de síndrome dismetabólica de sobrecarga de ferro. Além de induzir diretamente dano hepático, o excesso de ferro está envolvido na patogênese da síndrome metabólica ao induzir resistência insulínica do tecido adiposo e modificando a liberação de adipocinas, conforme Luca Valenti e col². Além disso, a hiperferritinemia e o aumento das reservas de ferro têm sido associados com a severidade da doença hepática e carcinoma hepatocelular em pacientes com DHGNA.

Escore não invasivos para avaliar o grau de fibrose hepática como o APRI (Aspartate transaminase to platelets ratio index) ou o NAFLD score (um escore que inclui em sua fórmula a idade, o valor de albumina sérica, alanina aminotransferase - ALT, plaquetas e a presença de resistência à insulina/ diabetes mellitus - DM) por se tratarem de métodos custo-efetivos facilmente aplicáveis, podem contribuir na identificação de pacientes em risco para fibrose hepática. Em estudo prévio realizado em nosso meio em obesos mórbidos que foram submetidos a cirurgia bariátrica, o NAFLD score demonstrou boa acurácia para predizer fibrose avançada, conforme de Leon e col³. Contudo, existem ainda poucos estudos sobre esses escores em nosso meio.

O objetivo deste estudo é analisar o perfil bioquímico de pacientes com DHGNA atendidos no ambulatório

de Hepatologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre, um hospital público de nível terciário e referência para atendimento na região sul do Brasil, e comparar os valores de ferritina destes pacientes com escores de gravidade de doença hepática e outras alterações laboratoriais, discriminando pacientes com e sem DM para corroborar sua importância na severidade destes casos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal em que foram avaliados pacientes com suspeita diagnóstica de esteatose hepática. Clinicamente tais pacientes apresentavam elevações nas aminotransferases e/ou alterações em exame de imagem com evidência de aumento difuso da ecogenicidade parenquimatosa sugerindo esteatose. Os pacientes foram provenientes da Unidade de Internação ou do ambulatório de Gastroenterologia/Hepatologia do HNSC, hospital terciário do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período entre março de 2012 a outubro de 2015.

Foram selecionados 102 pacientes com evidência de esteatose, sendo que 76 destes preencheram os critérios de inclusão para o trabalho e 26 preencheram critérios de exclusão. Excluíram-se pacientes menores de 18 anos, ingestão alcoólica > 20g/dia, uso de medicações hepatotóxicas e com marcadores sorológicos para hepatite viral e/ou anti-HIV reagente.

Nos pacientes selecionados, as variáveis analisadas foram plaquetas, APRI score, NAFLD score, aminotransferases e sua correlação com a ferritina, no grupo total e também subdividindo estes pacientes em diabéticos e não diabéticos.

Além disso, foram solicitados exames complementares para excluir outras causas de hepatopatia, tais como fator antinuclear (FAN), ferro, ferritina, saturação de transferrina e eletroforese de proteínas.

Nos pacientes com doença hepática sem etiologia após avaliação e realização de exames complementares previamente descritos, foram realizados exames individualizados conforme suspeita clínica, tais como

anticorpo antímúsculo liso, antimitocôndria, anti-LKM1, ceruloplasmina e cobre urinário.

O trabalho foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) sob número 330.242.

Para análise estatística foi utilizado programa SPSS e para análise de correlação entre as variáveis foi utilizado a Correlação de Spearman, devido à distribuição anormal dos valores das variáveis.

RESULTADOS

Foram avaliados 76 pacientes com DHGNA. As principais características demográficas, clínicas, antropométricas e laboratoriais podem ser observadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais características dos pacientes.

CARACTERÍSTICA AVALIADA	
SEXO FEMININO; N (%)	56 (73,7%)
IDADE; MÉDIA ± DP	54,8 ± 11,5
DM-2; N (%)	31 (59,2%)
HAS; N (%)	43 (56,6%)
IMC KG/M ² ; MÉDIA ± DP	32,52 ± 6,18
FERRITINA NG/ML; MEDIANA	194,6 (3-1.272)
AST; MÉDIA	27 (10-156)
ALT; MÉDIA	29,5 (10-156)
PLAQUETA; MÉDIA	238.000 (34.000 A 494.000).

DP = desvio padrão; DM = diabetes melito; HAS = hipertensão arterial sistêmica; IMC = índice de massa corporal; ng = nanogramas; ml = mililitros; AST= Aspartato aminotransferase; ALT= Alanina aminotransferase

Mais de 70% dos pacientes eram do sexo feminino, a média de idade foi maior de 50 anos; mais da metade dos pacientes apresentava DM ou HAS; o IMC médio mostrou predomínio de obesidade grau I, a ferritina apresentou média elevada, enquanto as plaquetas media normal e aminotransferases mediana dentro da normalidade.

A correlação de Spearman entre as variáveis analisadas mostrou uma correlação fraca entre os valores de ferritina e os valores das outras variáveis analisadas, sendo a correlação mais significativa a entre ferritina e NAFLD score, com coeficiente de correlação de 0.213 (p=0,087), conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Relação entre ferritina e as variáveis analisadas na população total

	FERRITINA	P
PLAQUETAS		
COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO	-0,159	0,171
ALT		
COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO	0,141	0,225
AST		
COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO	0,011	0,924
NAFLD		
COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO	0,213	0,087
APRI		
COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO	-0,062	0,602

AST= Aspartato aminotransferase; ALT= Alanina aminotransferase ; NAFLD= Non-alcoholic fatty liver disease; APR= AST to Platelet Ratio Index

Realizando a correlação somente nos pacientes diabéticos, 31 no total, houve associação mais significativa entre ferritina e os valores de ALT, com coeficiente de correlação de 0,302 ($p=0,098$), conforme Quadro 3.

Quadro 3 - Correlação entre ferritina e as variáveis analisadas em pacientes com DM2

FERRITINA	R	P
PLAQUETAS	- 0,063	0,738
ALT	0,302	0,098
AST	0,150	0,419
NAFLD	0,148	0,471
APRI	0,097	0,610

AST= Aspartato aminotransferase; ALT= Alanina aminotransferase ; NAFLD= Non-alcoholic fatty liver disease; APR= AST to Platelet Ratio Index

A análise de correlação de Spearman entre ferritina e as outras variáveis analisadas nos pacientes não diabéticos, 45 no total, não demonstrou correlação significativa entre elas, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 - Correlação entre ferritina e as variáveis analisadas em pacientes sem DM2

FERRITINA	R	P
PLAQUETAS	- 0,232	0,126
ALT	- 0,039	0,799
AST	- 0,146	0,339
NAFLD	0,165	0,310
APRI	- 0,190	0,217

AST= Aspartato aminotransferase; ALT= Alanina aminotransferase ; NAFLD= Non-alcoholic fatty liver disease; APR= AST to Platelet Ratio Index

CONCLUSÃO

No presente estudo, não houve correlação estatística entre os valores de ferritina e gravidade da DHGNA, medida pelos escores APRI e NAFLD fibrosis score e valores de plaquetas e aminotransferases. Nos pacientes diabéticos, houve maior associação entre os valores de ferritina e valores de ALT, sendo necessários estudos em populações maiores para corroborar a hipótese que DM contribui significativamente para a evolução da doença hepática em pacientes com DHGNA.

REFERÊNCIAS

- BUGIANESI EI, MANZINI P, D'ANTICO S, et al. Realative contribution of iron burden, HFE mutations and insulin resistance to fibrosis in nonalcoholic fatty liver. *Hepatology*. 2004 Jan : 39(1): 179-87.
- VALENTI L, DONGIOVANNI P, ROVIDA S, ET AL. A randomized trial of iron depletion in patients with nonalcoholic fatty liver disease and hyperferretinemia. *World J Gastroent*. 2004 Mar : 21;20(11):3002-10.
- LEON BL, BECKER CCS, PETRY CR, WINCK FE, LANTZ F, TOVO VC. Doença hepática gordurosa não alcoólica em pacientes com índice de massa corporal normal. Etiologia e fatores de risco associados em um hospital terciário. *Revista da AMRIGS*. 2014. Jan-Mar. 58(1):44-48.
- PARIKH P, PATEL J, INGLEM, SAWANT P. Serum ferritin levels predict histological severity in patients with nonalcoholic fatty liver disease in India. *Indian J Gastroenterol*. 2015 May. 34(3):200-8.
- KOWDLEY KV, BELT P, WILSON LA, et al. NASH clinical research network serum ferritin is an independent predictor of histologic severity and advanced fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology*. 2012 : 55;77-85.
- CAZZO E, SIMAKAWA LJ, GALLO FF, PAREJA JC, CHAIM EA. Influence of type 2 diabetes mellitus on liver histology among morbidity obese individuals. A cross-sectional study. *São Paulo Med J*. PP. 0-0. EPUB jan 19 – 2016

7. PUCHAKAYALA BK, VERMA S, KANWAR P, HART J, SANIVARAPU RR, . Histopathological differences utilizing the nonalcoholic fatty liver disease activity score criteria in diabetic (Type 2 diabetes mellitus) and non-diabetic patients with nonalcoholic fatty liver disease. World J Hepatol. 2015 Nov 8; 7(25)2610-18

Linfomas associados à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV): análise demográfica e do perfil dos pacientes atendidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC)

Lymphomas associated with infection by the human immunodeficiency virus (HIV): demographic analysis and profile of patients seen in Nossa Senhora da Conceição Hospital (HNSC)

Daiane Weber ^{*}, Carolina da Fonte Pithan ^{}, Katia Zanotelli Fassina ^{**}**

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os linfomas são doenças com prevalência aumentada na população portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV) comparativamente com a população geral. A apresentação inicial tende a ser mais agressiva e o prognóstico mais reservado. Entretanto, tem se observado recentemente que, com o uso da terapia antiretroviral (TARV) e com o surgimento de novos tratamentos, houve um aumento da sobrevida destes pacientes. **Métodos:** Foi realizada análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes com diagnóstico de linfoma não Hodgkin (LNH) ou linfoma de Hodgkin (LH) e que também eram portadores do vírus HIV atendidos no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre no período de janeiro de 2010 a junho de 2015. **Resultados:** Foram encontrados 68 casos, com incidência maior em homens (73,5%), idade mediana de 35,5 anos (15-79), estágio clínico IV em 60,3%, sintomas B em 95,3%, IPI maior ou igual a 4 em 43,1%, presença de doenças oportunistas do HIV em 63%. O tipo mais frequente de linfoma foi o não Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB) (47,1%). A média de tempo para início de tratamento quimioterápico após resultado da imunohistoquímica (IHQ) foi de 3 dias (-33 a 58), sendo que 39% dos casos iniciaram tratamento antes do resultado da IHQ devido à gravidade da doença. O protocolo quimioterápico mais utilizado foi o EPOCH (56,6%) e 20% dos pacientes faleceram antes mesmo do início do tratamento. Na análise univariada, os principais preditores de piores desfechos foram CD4 baixo, índice de charlson elevado e não uso de TARV. Na análise multivariada, somente o charlson e o não uso da TARV se associaram a piores desfechos. **Conclusão:** Os linfomas tendem a ser doenças mais agressivas e com prognóstico pior nos pacientes portadores de HIV e o tratamento da neoplasia deve ser feito concomitante ao tratamento da infecção viral para redução de morbimortalidade neste grupo de paciente. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 170-175)

Descritores: Linfoma não Hodgkin, linfoma de Hodgkin, vírus da imunodeficiência humana.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Lymphomas are diseases with increasing prevalence in the population carrying the human immunodeficiency virus (HIV) compared with the general population. The initial presentation tends to be more aggressive and worse prognosis. However, it has been recently observed that, with the use of antiretroviral therapy (HAART) and the emergence of new treatments, there was an increase in patient survival. **Methods:** A retrospective analysis was performed of medical records of patients diagnosed with non-Hodgkin lymphoma (NHL) or Hodgkin's lymphoma (HL) and who were also living with HIV treated at Nossa Senhora da Conceição Hospital in Porto Alegre in January 2010 period to June 2015. **Results:** 68 cases were found, with the highest incidence in men (73.5%), median age 35.5 years (15-79), clinical stage IV in 60.3%, B symptoms in 95.3%, IPI higher or equal to 4 in 43.1%, the presence of opportunistic disease in HIV in 63%. The most common type of lymphoma is non-Hodgkin diffuse large B-cell

(NHDLC) in 47.1%. The mean time to onset of chemotherapy after a result of immunohistochemistry (IHC) was 3 days (-33 to 58) with 39% of cases began treatment before the results of IHC due to disease severity. The most widely used chemotherapeutic protocol was EPOCH (56.6%) and 20% of patients died even before the start of treatment. In univariate analysis, the main predictors of worse outcomes were low CD4, high Charlson index and no use of HAART. In multivariate analysis, only the Charlson and non-use of HAART were associated with worse outcomes. **Conclusion:** Lymphomas tend to be more aggressive disease and poorer prognosis in patients with HIV and the treatment of neoplasia should be done combined with the treatment of viral infection for mortality reduction in this patient group. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 170-175)

Key words: non-hodgkin lymphoma, hodgkin lymphoma, human immunodeficiency virus.

Recebido em 04/12/15 e aceito para publicação em março de 2016

*Médica residente do PRM em Hematologia e Hemoterapia

**Médica contratada do Serviço de Hematologia

INTRODUÇÃO

Os linfomas são um grupo heterogêneo de doenças malignas que acometem o sistema linfohematopoético, sendo divididos em dois grandes grupos, de acordo com suas características clínicas, microscópicas e imunohistoquímicas: Linfoma de Hodgkin (LH) e linfoma não Hodgkin (LNH)^{1,2,3}. A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) compromete a imunidade celular e gera um aumento do risco para o desenvolvimento de neoplasias¹. Dentre as doenças que definem os pacientes com SIDA, o linfoma não Hodgkin é a doença maligna mais comum². A apresentação inicial tende a ser mais agressiva e com estadiamento mais avançado neste grupo de pacientes. O melhor protocolo de quimioterapia a ser utilizado ainda permanece controverso e já é de conhecimento atual que a introdução precoce da TARV melhora a sobrevida geral⁴. Desta forma, tendo em vista o crescente diagnóstico destas doenças na população em geral e no Hospital Nossa Senhora da Conceição, a associação entre elas e a carência de dados relacionados ao perfil demográfico destes pacientes, este estudo tem a intenção de fazer o reconhecimento dos principais fatores de risco relacionados ao surgimento dos linfomas, da apresentação inicial da doença, bem como sua evolução, além de servir como base para implementação de medidas de acompanhamento e tratamento destes pacientes, podendo melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos serviços do HNSC.

MÉTODOS

Foi realizada análise retrospectiva dos prontuários de todos os pacientes com diagnóstico de linfoma e HIV do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre, atendidos no período de janeiro de 2010 até junho de 2015. Para a identificação e inclusão destes pacientes no estudo, foi feita busca pelo Código Internacional de Doenças (CID) registrado em prontuário, além de revisão de todos os laudos anatomopatológicos e de imunohistoquímica (IHQ) com diagnóstico de LH e LNH junto ao Serviço de

Patologia. Nos casos de pacientes com diagnóstico e tratamento sem registro no prontuário eletrônico, foi feita revisão nos prontuários em papel junto ao arquivo do hospital. Destes casos, foram selecionados os prontuários dos pacientes com diagnóstico de infecção concomitante por HIV e foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, data do diagnóstico, contagem inicial de CD4 e carga viral do HIV, IPI e IPS, sorologias de doenças virais (Hepatite B, Hepatite C, HTLV), uso de TARV, estágio da doença, envolvimento de sistema nervoso central (SNC) e biópsia de medula óssea (BMO), índice de comorbidades de charlson, protocolo de quimioterapia utilizado e resposta apresentada. Os dados foram organizados em planilhas do Excel e analisados com IPSS. A sobrevida global (SG) foi calculada pelo método de Kaplan-Meier, considerando-se o período entre o diagnóstico e a data do óbito. Não houve contato direto com os pacientes e o trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do hospital antes que a pesquisa iniciasse.

RESULTADOS

Foram avaliados 68 pacientes com diagnóstico concomitante de Linfoma e HIV no período de janeiro de 2010 até junho de 2015. Destes, 57 pacientes tiveram diagnóstico de linfoma não Hodgkin (83,8%) e 11 de linfoma de Hodgkin (16,2%). O subtipo de linfoma mais comum foi o LNHDGCB em 47,1%, seguido pelos Linfoma de Burkitt (LB) em 17,6% e Plasmablastico em 10,5% dos casos. A prevalência foi maior em homens (73,5%), com mediana de idade de 35,6 anos ao diagnóstico. Sintomas B estavam presentes em 95,3% dos casos, comprometimento de SNC em 17,6% e comprometimento de medula óssea em 12,6% dos casos. O estadiamento clínico (EC) IV pelo Ann Arbor foi encontrado em 60,3% e a presença de doenças oportunistas do HIV concomitante a neoplasia em 60,3% dos pacientes. 54% dos pacientes já estavam usando ou iniciaram TARV junto ao diagnóstico. A média de tempo para início de tratamento quimioterápico após resultado da imunohistoquímica (IHQ) foi de 3 dias (-33 a 58), dentro do preconizado pelo minis-

tério da saúde de tempo para início de tratamento do câncer de até 30 dias, sendo que 39% dos casos iniciaram tratamento antes do resultado da IHQ devido à gravidade da doença (Tabela I).

Tabela I - Características dos 68 pacientes com Linfoma e HIV, ao diagnóstico

Características	N (%)
Mediana de idade (variação)	35,5 (15 – 79)
Sexo masculino	50 (73,5%)
Tipo Histológico	
Linfoma não Hodgkin	57 (83,9%)
LNHDGCB	32 (47,1%)
Burkit	12 (17,6%)
Intermediário entre LNHDGCB e Burkitt	4 (5,9%)
Plasmablastico	7 (10,3%)
Linfoplasmacítico	1 (1,5%)
T anaplásico	1 (1,5%)
Linfoma de Hodgkin	11 (16,2%)
Estadio Clínico I/II	6 (8,8%)
Estadio Clínico III/IV	62 (91,2%)
Presença de Sintomas B	61 (95,3%)
Comprometimento de medula óssea	12 (17,6%)
Doenças oportunistas do HIV	41 (63,1%)
Uso de TARV	54 (79,41%)
Mediana do índice de Charlson (variação)	10 (8 – 14)
Infecção concomitante por hepatite B	1 (1,5%)
Infecção concomitante por hepatite C	7 (10,3%)
Infecção concomitante por HTLV	0
IPI	
0 – I	5 (6,9%)
II – III	28 (48,2%)
≥ 4	25 (43,1)
Média CD4 ao diagnóstico	142,5 (6 – 832)
Média de CV ao diagnóstico	50592,50 (0 – 1000000)
Média tempo entre AP e IHQ	19 dias (6 – 58)
Média tempo entre IHQ e início de tratamento	3 dias (-36 – 84)

LNHDGCB = Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B, HIV = vírus da imunodeficiência humana, TARV = terapia antirretroviral, CV = carga viral, AP = anatomopatológico, IHQ = imunohistoquímica

O protocolo quimioterápico mais utilizado foi o EPOCH (56,6%) (tabela II) e 20% dos pacientes faleceram antes mesmo do início do tratamento. 25% dos pacientes obtiveram remissão completa da doença, 15% remissão parcial e 31,6% tiveram progressão da doença ou falha ao tratamento, com necessidade de tratamento quimioterápico de resgate (tabela III). 41 pacientes (62,7%) faleceram no período avaliado. 5 pacientes (7,4%) recidivaram a doença e necessitaram quimioterapia de resgate. A mediana de sobrevida global (SG) foi de 7 meses e a taxa de sobrevida global foi de 25% em 60 meses (tabela IV). Na análise univariada, os principais preditores de pior desfecho foram CD4 baixo, índice de charlson elevado e não uso de TARV (tabela V). Na análise multivariada, somente o índice de charlson elevado e o não uso da TARV se associaram a piores

desfechos (tabela VI). O IPI foi excluído desta análise por ser variável que não foi avaliada em toda amostra (somente nos casos de linfoma não hodgkin).

Tabela II - Protocolo de quimioterapia usado

Resposta	N (%)
ABVD	9 (17%)
CHOP	11 (20,8%)
CODOX M IVAC	3 (5,7%)
EPOCH	30 (56,6%)

Tabela III - Resposta terapêutica dos 68 pacientes com Linfoma e HIV

Resposta	N (%)
Remissão Completa	15 (25%)
Remissão Parcial	9 (15%)
Progressão / Falha	29 (31,6%)
Abandono de tratamento	5 (8,3%)
Óbito antes do início do tratamento	12 (20%)

Tabela IV - Curva de Sobrevida Global (SG)

Mediana de SG	7 meses (IC 95% 2,19 a 11,8)
Taxa de SG em 5 anos de	25%

Tabela V- Análise univariada de fatores prognósticos e piores desfechos

Características	P (IC 95%)
Presença de Sintomas B	0,188
Uso de TARV	0,006
Mediana do índice de Charlson (variação)	0,000
IPI	0,001
IPS	0,311
Média CD4 ao diagnóstico	0,012
Média de CV ao diagnóstico	0,805
Presença de Anti HCV	0,302
Presença de HBsA g	0,165

Tabela VI-

Análise multivariada de fatores prognósticos e piores desfechos	
Características	P (IC 95%)
Uso de TARV	0,036
Mediana do índice de Charlson (variação)	0,010
Media Cd4 ao diagnóstico	0,215

DISCUSSÃO

O HIV é uma doença com distribuição mundial e o Brasil está entre os países em que a doença é mais frequente, junto com a África do Sul e o Vietnã. Estima-se que no Brasil há cerca de 430.000 a 520.000 pessoas com HIV, sendo que o estado do Rio Grande do Sul é responsável por altas taxas de prevalência de HIV e AIDS no país ⁵. A epidemiologia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem mudado drasticamente desde o advento da TARV, nos anos noventa ^{6,7}. O surgimento de medicações capazes de controlar a replicação viral fez com que uma doença antes potencialmente fatal pudesse se transformar em uma doença controlável e com curso crônico. Consequentemente, sua prevalência tem aumentado progressivamente, já que os pacientes têm uma sobrevida maior. Por outro lado, a incidência global da SIDA tem diminuído nos últimos anos, principalmente devido à redução nas taxas de transmissão. O cenário da mortalidade relacionado ao HIV também foi modificado com o surgimento da TARV, com um número decrescente de causas diretamente relacionadas ao vírus e um número crescente de mortes relacionadas a doenças crônico-degenerativas e neoplasia, esta última atingindo importância cada vez maior ⁶.

Nesse contexto, os linfomas são as doenças malignas que mais comumente definem os pacientes com SIDA, sendo responsáveis por altas taxas de mortalidade e morbidade neste grupo de pacientes. Dentre este grupo de doenças, o nosso estudo encontrou dados semelhantes aos da literatura, com os linfomas não Hodgkin como principal neoplasia associada à SIDA, em 83,4% dos casos. Os subtipos mais encontrados também foram semelhantes a literatura, com o LNHDGCB e o LB sendo os mais comuns, representando cerca de 70,6% de todos os casos, sendo que a na literatura as taxas variam de 70-90% ^{4,7}. Não foi encontrado nenhum caso de linfoma primário de sistema nervoso central (LPSNC) no nosso estudo, mas é de conhecimento que este é um subtipo de linfoma comum

nos pacientes com SIDA ⁴. O Linfoma de Hodgkin e os linfomas indolentes também são vistos nos pacientes com HIV em uma proporção maior do que na população geral, porém com prevalência menor que os descritos acima ⁴. No nosso estudo, os Linfomas de Hodgkin representaram 16,2% de todos os casos encontrados e somente um caso foi de linfoma de baixo grau.

Segundo Hoffmann e outros autores e de parcial concordância com o nosso estudo, a doença tende a ser mais avançada ao diagnóstico neste grupo de pacientes, com mais envolvimento de sistema nervoso central (SNC) e infiltração de medula óssea ^{1-3,7,8}. No nosso estudo, encontramos altas taxas de doença avançada ao diagnóstico, com presença de sintomas B em 95,3% dos casos, porém com baixa prevalência de infiltração de medula óssea (22,6%) e comprometimento de SNC (17,6%); dados que podem ser discordantes da literatura pelo pequeno número de casos da amostra e pelo grande número de pacientes que vieram a óbito antes mesmo de completar o estadiamento da neoplasia, totalizando 20% da amostra avaliada. Da mesma forma como Marti-Carvajal encontrou, frequentemente ocorre em indivíduos imunossuprimidos, com SIDA e com contagens de CD4 baixas, inferiores a 100/ μ L ^{1,2,8}. A média encontrada no nosso estudo foi semelhante a encontrada por Gopal, com níveis em torno de 150/ μ L ⁹, o que reflete a mudança do perfil dos pacientes com HIV e linfoma nos últimos anos em comparação ao período prévio ao advento da TARV ⁹.

O diagnóstico precoce do HIV e a pronta instituição da TARV podem mudar este cenário, sendo que nos últimos anos o uso da terapia antiretroviral (TARV) regular tem mudado o prognóstico destes pacientes e reduzido a mortalidade relacionada à doença ^{1-4,7,10-13}, que, entretanto, ainda se mantém alta, acima de 50% em 5 anos ⁹. Em concordância com a literatura, os fatores associados aos piores desfechos neste grupo de pacientes foram baixas contagens de CD4, altos índices de charlson e não uso de TARV. O índice de charlson é conhecido como marcador prognóstico em pacientes hospitalares, sendo reconhecido que quanto maior a

pontuação, pior é o prognóstico¹⁴, dado que foi refletido no nosso estudo, principalmente pela pontuação basal dos pacientes pela presença das duas doenças concomitantes ser no mínimo 8, já associada a maior morbimortalidade.

Hoje em dia já se tem conhecimento de que o tratamento da neoplasia e o tratamento da infecção viral são complementares. O tratamento da neoplasia depende do controle da replicação viral. No nosso estudo não podemos fazer uma comparação em paralelo devido ao limitado número de pacientes. O melhor esquema de tratamento quimioterápico ainda permanece controverso, sendo necessários novos estudos para melhor compreensão^{1-3,10}, mas parece haver preferência pelos protocolos quimioterápicos com infusão contínua, como o esquema EPOCH¹⁵.

CONCLUSÃO

Este estudo corrobora os dados já disponíveis na literatura de que o linfoma não hodgkin é a principal doença maligna definidora de SIDA, cursando com doença mais avançada e altas taxas de mortalidade neste grupo de pacientes. O tratamento da neoplasia e da doença viral deve ser concomitante para melhores desfechos, embora a mortalidade neste grupo de pacientes ainda permaneça alta nos dias atuais. Neste contexto, conhecer o perfil demográfico da população atendida pode ajudar a desenvolver novas estratégias de diagnóstico, acompanhamento e tratamento destes pacientes, contribuindo para a redução de morbimortalidade neste grupo crescente de indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. AIDS-related lymphomas: Clinical manifestations, diagnosis, and staging of systemic lymphoma. Disponível em www.uptodate.com. Acesso em 08 de setembro de 2014.
2. MARTÍ-CARVAJAL AJ, CARDONA AF, LAWRENCE A. Interventions for previously untreated patients with AIDS-associated Non-Hodgkin's Lymphoma. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 7, Art. No. CD005419. DOI: 10.1002/14651858.CD005419.pub3
3. ARAUJO LHL et al. Linfoma não Hodgkin de alto grau – revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(2): 175-183
4. NCCN Guidelines version 4.2014. Non Hodgkin Lymphomas – AIDS related B-cell lymphoma, pg 339-347.
5. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. Lancet 2014; 384: 258–71.
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), June 2014.
7. PEREIRA J, et al. Quimioterapia associada à terapia anti-retroviral de alta eficácia no tratamento dos linfomas não-Hodgkin agressivos relacionados à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Rev bras. hematol. hemoter. 2004;26(3):177-182
8. SILVA, M. Linfoma não Hodgkin e SIDA. Medicina Interna Vol. 10, N. 4, 2003
9. GOPAL S, et al. Temporal Trends in Presentation and Survival for HIV Associated Lymphoma in the Antiretroviral Therapy Era. J Natl Cancer Inst;2013;105:1221–1229
10. HOFFMAN. Hematology- Basic principles and practice. ... Halter, J. B.; Ouslander, J. G.; Tinetti, M. E. High, K. P.; Asthana, S. Sixth Edition, pg 1250-1253.
11. BAIOCCHI OC et al. Impact of highly active antiretroviral therapy in the treatment of HIV-infected patients with systemic non-Hodgkin's lymphoma. Acta Oncol 2002;41:192-6.
12. GOTTI D, RAFFETTI E, ALBINI L, SIGHINOLFI L, MAGGIOLO F, et al. (2014) Survival in HIV-Infected Patients after a Cancer Diagnosis in the cART Era: Results of an Italian Multicenter Study. PLoS ONE 9(4): e94768. doi:10.1371/journal.pone.0094768
13. HOFFMAN C, WOLFI E, FÄTKENHEUER G et al. Response to highly active antiretroviral therapy strongly predicts outcome in patients with AIDS-related lymphoma. AIDS 2003;17:1.521-29.
14. NEEDHAM DM, et al. A systematic review of the Charlson comorbidity index using Canadian administrative databases: a perspective on risk adjustment in critical care research. J Crit Care. 2005 Mar;20(1):12-9.
15. Highly effective treatment of acquired immunodeficiency syndrome related lymphoma with dose adjusted EPOCH: impact of antiretroviral therapy suspension and tumor biology. Blood, 15 June 2003. Vol 101 no 12.

CONHECIMENTOS, EXPECTATIVAS E CORRESPONSABILIZAÇÃO DAS GESTANTES NO TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO PARA UMA FUNDAMENTAÇÃO DO PROTAGONISMO NO CONTEXTO DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Knowledge, expectations and co-responsibility of pregnant women in the labour and birth as a substantiation of the protagonism in the context of humanized care

Chádia Lucca El Ajar*, Carolina Seibel Chassot**, Luciana Rodriguez Barone***

RESUMO

OBJETIVO: O presente estudo pretende compreender aspectos relevantes do processo de protagonismo da gestante e sua relação com a humanização do parto e nascimento. **Método:** Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas, cujos participantes foram três gestantes no 3º trimestre da gestação. Foi realizada análise de conteúdo temática, com definição de três categorias a *posteriori*: medo e expectativas; acesso à informação; corresponsabilização. **Resultados:** O processo subjetivo do parto e nascimento é rodeado de muitos medos e insegurança. Há precário acesso à informação acerca do parto e nascimento. Não ocorreu corresponsabilização plena em nenhum dos casos descritos. **Conclusões:** O protagonismo das gestantes, uma das bases da humanização, depende não só dos conhecimentos e das expectativas construídos ao longo do pré-natal como também da cultura vigente e das práticas da assistência em saúde. A corresponsabilização é influenciada por todos esses fatores. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 176-188)

Palavras-chave: protagonismo; humanização; corresponsabilização.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The present study aims to understand relevant aspects of the pregnant woman's role process and its relationship with the humanization of labor and birth. **Method:** A qualitative study with semi-structured interviews, whose participants were three pregnant women in the 3rd trimester of pregnancy. Thematic content analysis was performed with setting three subsequent categories: fear and expectations; access to information; co-responsibility. **Results:** The subjective process of labor and birth is surrounded by many fears and insecurity. There is poor access to information about labor and birth. There was no full co-responsibility in any of the cases described. **Conclusions:** The role of the women, one of the humanization bases, depends not only on knowledge and expectations built along the prenatal as well as the prevailing culture and the health care practices. The co-responsibility is influenced by all these factors. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 176-188)

Key words: protagonism; humanização; co-responsibility.

Recebido em 03/01/16 e aceito para publicação em junho de 2016

*Médica residente do PRM de Medicina de família e Comunidade

**Mestre em Políticas de Saúde e Bem-Estar e em Saúde Coletiva

***Mestre em Psicologia Social e Institucional

INTRODUÇÃO

Durante a especialização em Medicina de Família e Comunidade tive a experiência de assistir ao documentário “O Renascimento do Parto”, que traz uma discussão a respeito da realidade da assistência obstétrica hospitalar no Brasil, cujas intervenções, por vezes desnecessárias, e taxas cada vez maiores de cesariana passam a ser questionadas. O documentário surpreendeu-me na medida em que percebi o quanto nossa prática pode, por vezes, tornar-se maléfica e iatrogênica, “patologizando” o trabalho de parto e nascimento, quando este poderia/deveria ser um processo natural e agradável para mãe e bebê.

Dentro deste contexto iniciei uma revisão da literatura acerca da humanização do cuidado em saúde, com enfoque no protagonismo do usuário. Percebi como, em nossa formação médica, esses conceitos não são trabalhados, sendo primariamente voltada para o conhecimento técnico. Passei a questionar sobre até que ponto as gestantes são protagonistas no processo de trabalho de parto e nascimento e pensei que estando eu, na atenção primária, acompanhando elas durante todo o seu pré-natal, deveria estar capacitada e fundamentada neste aspecto.

Ao longo da história, o processo de parto e nascimento deixou de ser centrado na mulher, passando por uma de crescente hospitalização e medicalização, baseado no modelo biomédico. A tecnologia, que havia surgido para melhorar a qualidade da assistência com redução da morbimortalidade materna e perinatal, mostrou-se, pelo contrário, prejudicial quando usada indiscriminadamente. Inúmeras rotinas foram incorporadas de forma sistemática, mesmo sem evidência de um real benefício e/ou necessidade, a exemplo da tricotomia, enema, indução do trabalho de parto com ocitocina, episiotomia e uso de fórceps¹. A assistência ao parto passou a funcionar como uma 'linha de produção', sem respeito à singularidade e subjetividade do indivíduo, além de muitas vezes ser intervencionista em demasia.

Outrora considerada um procedimento de exceção, indicada em situações de risco de vida para a gestante e/ou feto, a cesariana é na atualidade um procedimento cirúrgico na maioria das vezes programado, sem a identificação médica de nenhum risco definido². As taxas de cesárea no sistema de saúde privado brasileiro atingem frequências altíssimas, ao redor de 80%, enquanto no sistema público chegam a 35%³. De acordo com um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa de cesariana com justificativa médica e que pode trazer benefícios não deve ultrapassar 20%⁴. Muitas vezes a escolha pela cesariana é atribuída à gestante, mas o estudo “Nascer no Brasil” aponta uma conclusão diversa: a proporção de cesariana como via de parto foi muito maior do que o desejado pelas mulheres, sendo aproximadamente três vezes maior do que a preferência inicial referida, em ambos os setores público e privado. Este mesmo estudo mostrou que a via de parto de preferência foi o parto vaginal⁵.

Uma série de trabalhos aponta a ocorrência de violência nos serviços de atendimento ao parto, seja sob a forma de negligência, violência verbal ou violência física. Muitas mulheres descrevem a negligência como o aspecto mais estressante de sua experiência, percebida pela falta de informação, suporte e compaixão, elementos que elas consideram necessários para se sentirem bem cuidadas⁶.

Em resposta a tal processo, surge um movimento pela humanização da assistência ao parto e nascimento, conceito amplo e que envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção de morbimortalidade materna e perinatal⁷. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde no final da década de 90, preconiza a democratização das relações que envolvem o atendimento; o maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente; o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, ou ainda, o

reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico⁸.

Dentre as práticas defendidas pela humanização do parto e nascimento incluem-se: o respeito à fisiologia do trabalho de parto; a liberdade de posições ao longo do trabalho de parto e parto, a garantia da presença de acompanhante da escolha da mulher e de suporte físico e emocional para ela e sua família; o acatamento dos desejos da mulher expressos em seu 'plano de parto', construído ao longo da gestação junto com profissionais de saúde do pré-natal⁹. Através da medicina baseada em evidências, muitas técnicas antes amplamente utilizadas, passam a ser questionadas. O fim do enema ('lavagem intestinal'), da amniotomia (ruptura artificial das membranas) e da tricotomia (ato de raspagem dos pelos), a abolição do uso de rotina da episiotomia (incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto) e da indução do trabalho de parto com ocitocina são alguns exemplos. Além disso, introduz-se o suporte comprovadamente benéfico das doulas durante o trabalho de parto¹⁰ e a atuação de enfermeiros obstetras nas gestações de baixo risco¹¹.

Muitas vezes, pela falta de conhecimento e por certas expectativas construídas pela mídia ou círculo social, com o reforço do modelo de assistência (público ou privado) e da hospitalização, a gestante fica insegura e delega o comando à equipe assistente, o que se traduz em uma espécie de 'terceirização do parto'¹². Na contracorrente desta "terceirização", discute-se a valorização do protagonismo da gestante e da corresponsabilização na assistência ao parto e nascimento, no contexto da humanização.

O protagonismo é um conceito amplo e ainda mal definido na literatura, mas entende-se nesta pesquisa que um usuário protagonista é sujeito político, usuário ator, contrastando com a condição passiva de usuário objeto, no cuidado em saúde. Paralelo a isso, trazemos o conceito de autonomia, que não deve ser entendida como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta, mas como a co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos. Co-constituição porque depende de

outros fatores além do próprio sujeito: existência de políticas públicas, funcionamento da economia, práticas vinculadas por instituições e organizações. A co-produção de maior autonomia também depende do acesso à informação e da capacidade que o sujeito tem de usar essa informação de forma crítica¹³. Defender a autonomia não é propor a inversão na relação de hegemonia que se tem hoje, mas reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo¹⁴.

Nesta mesma linha, a corresponsabilização é entendida como uma relação de igualdade entre equipe assistente e usuário, com compartilhamento das decisões e responsabilidades, com diálogo e democratização dos saberes. As práticas do cuidado em saúde e a tomada de decisões se dão de forma que ambos são corresponsáveis pelo cuidado, sem relação de inferioridade ou superioridade, sem autoritarismo ou submissão. O usuário é tão ativo quanto a equipe no processo de cuidado.

No contexto da atenção primária à saúde, o pré-natal, como primeiro suporte assistencial da gestante, pode ser considerado o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados¹⁵, através da informação e orientação. O grau de informação, tanto durante a gravidez, como durante a assistência ao parto e nascimento é um fator de grande relevância para as mulheres, por possibilitar maior participação no processo decisório⁶.

A humanização do trabalho de parto e nascimento é preconizada pelo Ministério da Saúde, e o Hospital Nossa Senhora Conceição vem, há alguns anos, buscando orientar suas práticas com base nesta política de saúde pública. O presente estudo pretende compreender alguns aspectos relevantes do processo de protagonismo da gestante e sua relação com a humanização do parto e nascimento. Tem como objetivos específicos identificar as expectativas e conhecimentos das gestantes acerca do trabalho de parto e nascimento e analisar o processo de corresponsabilização na assistência, todos estes elementos que compõem o protagonismo.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo qualitativo, sendo o que mais se aplica aos objetivos propostos. O método qualitativo é o que se conforma melhor à investigação de um segmento delimitado e focalizado, de histórias sociais sob a ótica dos atores¹⁶, buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas.

Foram selecionadas para este estudo gestantes que estivessem registradas no Programa da Gestante de uma Unidade de Saúde (US) vinculada ao GHC, conforme os seguintes critérios de inclusão: estar no 3º trimestre da gestação, ter 18 anos ou mais, estar em acompanhamento de pré-natal (na US ou fora dela) e aceitar voluntariamente o convite para participar do estudo. Preferiu-se gestantes no 3º trimestre da gestação por ser o período mais próximo do parto. Considerando os critérios de inclusão e o período definido para coleta dos dados, oito gestantes foram incluídas, das quais três participaram efetivamente do estudo. Os motivos que justificaram a exclusão de cinco gestantes da amostra foram: uma gestante mudou-se no período da pesquisa; outras três entraram em trabalho de parto precocemente (sem tempo hábil para realização das entrevistas); e a última foi uma gestação anembrionada.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma cópia com a participante da pesquisa, após assinatura. Foi garantido o sigilo dos dados pessoais e os participantes foram mantidos em anonimato. Os dados serão utilizados apenas para esta pesquisa e, de acordo com a Resolução 196/96 IX.2."e", os mesmos deverão ser guardados durante cinco anos e posteriormente destruídos.

Foram realizadas duas entrevistas com cada participante, a primeira durante o 3º trimestre da gestação e a segunda 15 a 30 dias após o parto. Optou-se pela entrevista semiestruturada, aplicada através de perguntas abertas e fechadas (roteiro), que serviram mais como

guias para a interlocução. A entrevista semiestruturada, em comparação com a estruturada, é mais flexível para o surgimento de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor, que tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formal. As perguntas se basearam nas questões da pesquisa definidas através da revisão de literatura. Foram investigados o grau de conhecimento das gestantes, além das expectativas delas em relação ao trabalho de parto e parto, que parecem influenciar no protagonismo das mesmas. Além disso foram questionados aspectos da participação delas no parto, com análise da corresponsabilização com a equipe assistente neste processo. As perguntas também incluíram investigação do conhecimento das gestantes acerca do conceito de humanização no pré-natal e da aplicação de práticas humanizadas no parto e nascimento. O roteiro da primeira entrevista trazia questionamentos a respeito de conhecimentos, expectativas, medos em relação ao trabalho de parto e parto, além de perguntas direcionadas à questão do pré-natal, da humanização e relato de experiências anteriores. A segunda entrevista investigou a experiência do parto, a relação com a equipe assistente, a participação da mulher no processo, procedimentos realizados, etc. Todas as perguntas foram adaptadas à forma coloquial conforme o entendimento das participantes em relação a termos técnicos. As entrevistas foram realizadas em domicílio, com duração que variou de 20 minutos a 1h30min, e gravadas em áudio para posterior análise.

As entrevistas foram transcritas e posteriormente foi realizada análise de conteúdo temática, método que identifica, analisa e capta padrões (temas) através dos dados. Ele organiza e descreve os dados em detalhe. Indo além disso, interpreta vários aspectos do objeto de pesquisa¹⁷.

As falas captadas foram alocadas em categorias definidas a posteriori, uma vez que o objeto do estudo, o protagonismo, era pouco conhecido para o emprego de categorias a priori. Há pouca literatura acerca do protagonismo do usuário, em especial no contexto do parto e nascimento. Primeiramente foi feita uma leitura extensiva

de todo o conteúdo das entrevistas. Posteriormente foram selecionados trechos que se destacaram mais ao longo da leitura, guiando-se pelas questões da pesquisa, trechos que remetiam mais claramente à revisão de literatura. Após revisão dos trechos selecionados, estes foram realocados conforme temas. Da revisão dos temas que surgiram, foi feita realocação dos trechos em temas que fossem comuns aos três sujeitos da entrevista, logo mais significativos para o objeto da pesquisa. Alguns trechos acabaram sendo excluídos neste processo. Os trechos foram sendo agrupados até chegar em três categorias: (1) medos e expectativas; (2) acesso à informação; (3) responsabilização.

RESULTADOS

Através da análise de conteúdo temática, após extensa revisão de todo o conteúdo das entrevistas, foram selecionados trechos e posteriormente foi realizada categorização do conteúdo. Todos os nomes citados são fictícios, garantindo-se o sigilo das participantes.

Fernanda, 23 anos, era primigesta e estava fazendo seu acompanhamento de pré-natal pelo plano de saúde. Carolina, 34 anos, estava na segunda gestação, tinha uma cesariana prévia e realizava o pré-natal na US. Júlia, 24 anos, também primigesta, junto com o marido Henrique, fazia o acompanhamento na US e participou de alguns encontros do grupo de gestantes organizado pela Unidade.

Medo e expectativas:

Na entrevista pré-parto, Fernanda relatou que logo no início da gestação tinha preferência pela cesariana, por temor do parto normal: *“...acho que dá meio que um pânico, né.”* Ao longo dos primeiros meses de gestação passou a preferir o parto normal por *“...medo da recuperação não ser tão boa, eu não conseguir amamentar...”* após a cesariana, *“porque a cesárea ali em 5 minutos o filho tá no teu colo e depois tua recuperação é pior.”* Embora decidida pelo parto normal, trazia medos em relação a isso: *“...medo que tenho é mais de ficar lá umas 10 horas tentando o parto normal, e*

ter dilatação, ou não ter, e ter que fazer cesárea no final. Me preocupa bastante de ficar lá sofrendo, da criança sofrer...”. Ao ser questionada sobre o que sabia do conceito de humanização do parto e nascimento, diz que no parto normal nunca se sabe quando a criança vai nascer, que *“...parto normal tem que ter paciência.”* Na entrevista pós-parto, Fernanda conta que mantinha sua preferência pelo parto normal, mas que a decisão pela cesárea partiu do obstetra assistente após uma indução com ocitocina supostamente ineficaz. Ao ser questionada se sua experiência atual estava de acordo com as expectativas anteriores ao parto relata: *“...meu medo era ficar muitas horas tentando induzir o parto e ter que fazer a cesárea, e foi o que aconteceu.”*

Carolina conta que sempre preferiu a cesariana e ao ser questionada sobre essa preferência declarou que *“...talvez seja uma coisa ilusória, mas parece que na cesárea tu tem mais controle da situação...”*. Ao ser questionada sobre a experiência da gestação anterior, conta que agendou uma cesariana com seu obstetra e que a cesariana *“...gera uma segurança, gera uma tranquilidade”*, acha que isso é *“inquestionável para uma mãe.”* Relata que a única coisa que realmente a decepcionou no parto prévio foi que *“tu não sente quando teu filho nasce”*. Conclui dizendo que *“...essa emoção do trabalho de parto deve dar uma adrenalina diferente”* já que, segundo ela, com a cesariana eletiva ela sabia quando e como tudo ocorreria. Conta que, na gestação atual, houve uma 'reviravolta', pois o hospital onde tinha tido o parto anterior e onde seu obstetra trabalhava, estava com problemas estruturais. Passou, por conseguinte, a considerar a possibilidade de ter de realizar um parto normal, já que 'cairia' em um hospital desconhecido. Conta que isso *“gerou muita ansiedade”*, trazendo vários medos em relação a essa via de parto: *“Meu medo é ter que fazer uma episiotomia...tenho medo de me cortarem, de eu sentir dor, de eu sentir dor depois...”*. Ainda falando sobre seus medos em relação ao trabalho de parto e parto, traz o medo *“...de ficar horas e horas em trabalho de parto, né, não é nem a dor, é a extensão do tempo assim...”*. Ao ser questionada sobre o que a preocupa em relação a essa extensão do tempo

diz: *“Eu acho que deve ser extremamente cansativo, estressante”*. Posteriormente declara que tem *“...medo de um pouco de dor, por mais que eu ache que sou cascuda...”* e traz outros medos que define como 'medos bobos': *“será que a criança não vai parar no meio do caminho, eu vou desmaiar, não vou conseguir ter força pra tirar?”*. Na entrevista pós-parto, ao contar da segunda experiência com a cesariana, desta vez com complicações pós-operatórias (infecção da ferida operatória), e fazer uma comparação com suas expectativas anteriores ao parto, diz que o pós-parto foi inesperado, jamais pensou que pudesse ocorrer alguma complicação. Via a cesariana como algo tranquilo, mas que *“...realmente, é uma cirurgia, tem risco de dar complicação, mas tu não pensa isso...não é um parto, é uma cirurgia né.”*.

Júlia, questionada sobre o que espera do parto declara que não espera algo 'fácil', mas *“uma coisa colaborativa entre mim e o Pedro (filho)”*. Ao falar sobre sua via de parto de preferência, refere preferir o parto normal *“primeiro pelo ritual todo da mulher passar pela experiência né, depois por ser muito mais fácil de, a recuperação em si assim.”*. Um ritual no qual descreve como *“a mulher estar ali no comando, entre aspas né, estar ali ativa no nascer do filho. Enquanto que na cesariana tu não tem nada que tu possa fazer, né...”*. Em outro momento, ao falar sobre seus medos resume: *“Então de repente saindo dessa coisa de tipo 'tá, chegamos no hospital, tivemos todo um momento agradável...e que o bebê nasceu tranquilo'... tudo que sai disso já é um medo né.”*. Finaliza a entrevista, ao falar sobre a dor do parto, dizendo: *“eu tô me preparando pra coisa pior pra qualquer coisa tá no lucro, sabe?”*.

Através desta categoria percebe-se que o processo subjetivo do parto e nascimento é rodeado de muitos medos e insegurança por parte das gestantes, em que estas tendem a experimentar uma sensação de fragilidade. Diversos medos são citados como a questão da recuperação no pós-parto, da extensão do trabalho de parto, da dor, da possibilidade de realizar episiotomia, das sequelas desta intervenção, do sofrimento do bebê. Os medos parecem influenciar de forma importante a

preferência destas mulheres por uma determinada via de parto.

Acesso à informação:

Questionada sobre a assistência recebida no pré-natal, Fernanda relata que demorou até encontrar o obstetra 'ideal', pelo plano de saúde, passando por vários médicos diferentes nos primeiros meses da gestação: *“...não são muito atenciosos, muito delicados...”*. Por isso buscava a maior parte da informação no site Baby Center: *“...me ajudou bastante o site, mais do que muitos médicos...”*. Retifica dizendo: *“Porque eu lidava com produtos químicos e ninguém me falou que eu não podia fazer, eu sei porque eu pesquisei. Acho que falta de informação, na verdade, tinha que haver mais diálogo entre o médico e o paciente.”*. Ao falar sobre o que entendia por parto humanizado, disse que nesse caso não se fazia indução do trabalho de parto, podendo este durar muitas horas. Segundo ela, isso poderia trazer sofrimento para o bebê, já que *“tem criança que tem mais dificuldade de fazer força e sair né, junto com a mãe.”*. Na entrevista pós-parto, falando sobre a mudança da via de parto do normal para cesariana, confirma um embasamento errôneo acerca do trabalho de parto e nascimento: *“Foi bem mais fácil pro neném, não teve que fazer tanto esforço também pra sair né.”*.

Carolina conta que se cadastrou em alguns sites, incluindo o Baby Center, e buscou relatos de amigos e familiares. Ao falar sobre seu medo da episiotomia, no caso de um parto normal, traz relatos de colegas de trabalho, queixando-se de que: *“tu fica muito à mercê do que as pessoas te falam.”*. Conta que sua mãe, em especial, a 'assustou de todas as formas possíveis' e sempre estimulou que ela optasse pela cesárea, por ser mais segura. Ao ser questionada sobre o que sabia sobre o trabalho de parto, fala da questão das contrações uterinas mais frequentes como um sinal de entrar em trabalho de parto. Conta que na gestação anterior teve contração, mas só soube que era contração quando suas colegas de trabalho identificaram tal sintoma pela sua descrição: *“se tu não sentiu antes tu não sabe o que que é.”*. No final da primeira entrevista, ao ser questionada sobre como e se as dúvidas que ela trouxe eram

abordadas no pré-natal, diz que nunca tinham falado sobre isso, concluindo que talvez fosse algo interessante de se abordar nas consultas: *“porque a gente fala muito da questão do hoje, durante o pré-natal...é isso que falta no pré-natal (risos), conversar sobre o parto.”*

Júlia, junto do companheiro Henrique, informou-se pela internet e por amigos, acerca da gestação e parto, com enfoque na humanização, entendida por ela como uma “recepção mais calorosa”. O casal procurou diversas fontes, incluindo artigos na internet e livros. Questionada sobre o pré-natal disse que, por lerem muito, por vezes chegavam nas consultas sem nenhuma dúvida, mas que ele *“...atendeu a todas as expectativas...foi bem como um guia... um ajudante bem forte assim...”*.

Através desta segunda categoria, vemos que as participantes do estudo contavam mais com informações externas ao acompanhamento do pré-natal, sejam elas vindas da internet, livros, artigos, sejam vindas de relatos de familiares e outras pessoas próximas. Chegam, inclusive, a trazer queixa em relação ao pré-natal, no caso da Fernanda e da Carolina, por não trazer informação suficiente sobre o parto e nascimento. Como disse Carolina, elas ficam dependendo do que “as pessoas falam”, não tendo muitas vezes uma orientação adequada sobre o parto e nascimento, sobre a fase ‘final’ do processo. Percebe-se pelas falas, exceto no caso da Júlia, que se mostra satisfeita com as informações obtidas no pré-natal, que há precário acesso à informação acerca do parto e nascimento durante o pré-natal, além de pouco/nenhum diálogo entre as informações obtidas em outras fontes e as percepções dos profissionais que as acompanham.

Corresponsabilização:

Na conclusão da primeira entrevista, após falar sobre os direitos que sabia ter em relação à assistência ao parto, Fernanda articula que acha importante a mulher decidir o que ela quer: *“...eu acho que quem tem escolher mesmo é a paciente né, não é outra pessoa que quer escolher por ti, é uma questão individual eu acho assim, eu acho importante.”* Em diversas passagens da primeira entrevista, traz críticas à assistência pública ao

parto e ao parto humanizado, pelo fato de que várias intervenções não são feitas, em hipótese nenhuma, segundo ela, como anestesia e enema. Articulando que acha errado não ter essas opções, afirma que *“...no SUS tu não tem escolha, é o que eles querem e pronto...”*. Também conta sobre o parto de uma amiga, que acabou evoluindo para uma cesárea de emergência e com necessidade de reanimação cardiorrespiratória da criança, segundo ela: *“...obrigaram ela a fazer o parto normal, ela ficou muitas horas, o nenê tava enforcado com o cordão umbilical e forçaram o parto normal...claro, o dela era no SUS...”*. Na entrevista pós-parto, conta que seu obstetra assistente, após 4 horas de indução com ocitocina, decidiu fazer cesárea: *“tu vai ficar aqui até semana que vem e tu não vai ter dilatação”*. Utilizando, inclusive, argumentos de um suposto risco para o bebê caso persistissem na tentativa de um parto normal: *“vamos fazer a cesárea enquanto o neném tá bem pra não dar nenhum problema”, “a cesárea é mais rápido, vamo tentar a cesárea pra não arriscar ele, né.”*. Questionada sobre como foi sua participação nas decisões durante o trabalho de parto e parto, Fernanda diz que *“a decisão foi rápida”*, que *“não me deram muitas opções”*, *“...ele (o filho) ia começar a entrar em sofrimento se a gente não tirasse ele...eu não ia arriscar a vida dele.”*. Conta que ficou em pânico pela questão da cesárea e do corte cirúrgico, que estava tremendo, que tiveram que lhe dar um ‘calmante’ e que *“eles amarraram meus braços...não machucaram, só amarraram pra não ter aquele reflexo...foi bem traumatizante”*. Ao ser interrogada quanto a sua relação com a equipe, acredita que a trataram muito bem, que *“meu médico teve muita paciência até. Eu acho que se fosse em outro hospital, talvez público, eles não tivessem tanta paciência.”*

Carolina conta, na primeira entrevista, que alguns meses antes do parto chegou a falar com o obstetra de seu parto prévio e perguntou se ele não teria como dar a ela uma indicação de cesárea na gestação atual. Ao contar sobre a experiência de algumas colegas de trabalho que desejavam parto por cesárea, diz que elas *“...fizeram plano de saúde pra ter...voz ativa...”*. Já, na entrevista pós-parto, conta que, ao chegar ao Centro

Obstétrico, estava apreensiva quanto à possibilidade de parto normal, dizendo que demonstrou para a equipe assistente que estava com medo. Relata que, em dado momento, *“foi decidido pela equipe que ia ser cesárea, que não tinha porquê né, prorrogar mais tempo.”*. Questionada sobre o que a equipe conversou com ela, diz que a médica assistente, com quem não tinha tido contato direto até então, chegou na sala de pré-parto já com esta determinação. Carolina diz ter tido a impressão de que a obstetra estava explicando o porquê da decisão pela cesárea com receio de que ela não quisesse, tendo o cuidado, segundo ela, de dizer: *“ah, a gente achou melhor mas, o que que tu acha?”*. Carolina, refletindo sobre como se deu o processo decisório pela via de parto, diz que *“talvez a minha preferência por cesárea não tenha pesado muito não...acho que o determinante foi a equipe.”*, já que a equipe veio até ela com uma decisão tomada entre eles. No final da entrevista, ao ser interrogada quanto às expectativas anteriores ao parto e a experiência atual, diz que o parto em si ‘fechou’ com as expectativas, mas que o pós-parto não, pela complicação pós cesárea (infecção da ferida operatória). Conta de uma conversa que teve com o pai na qual ele disse que ela sabia que a cesárea tem riscos, que ela escolheu isso. Questionada sobre o que achava da opinião do pai, ela responde: *“acho que ele não deixa de ter um pouco de razão”*.

Júlia relatou que ela e o marido Henrique tinham o desejo de realizar parto domiciliar, mas, por não terem condições financeiras para tal acabaram “aceitando o hospital”. Contando sobre conversas com amigos que tiveram filhos recentemente, fala que um casal amigo deles aconselhou: *“O negócio é não fazer muito escândalo, que daí eles te tratam bem.”*. Júlia considerou essa questão de não fazer escândalo “meio chata”, que *“...talvez ter um pouco mais de jeito pra lidar com isso seria o ideal. Ainda mais num espaço voltado pra isso né. Mas... cada lugar é um lugar.”*.

Na entrevista pós-parto, Júlia não teve condições emocionais de participar, tendo em vista a experiência violenta que teve no parto e nascimento, sendo esta relatada pelo marido Henrique, conforme

segue. A entrevista com Henrique não foi realizada através do roteiro inicial da pesquisa, deixando-se um espaço para que ele discorresse sobre a experiência, com algumas intervenções diretivas ao longo da entrevista. Henrique relata que durante a internação hospitalar posicionou-se um pouco mais do que a Júlia, *“pra deixar ela realmente mais tranquila”*, tomando a iniciativa de conversar com a equipe assistente. Dirigiram-se ao hospital após Júlia ter tido perda de líquido pela via vaginal, acreditando tratar-se de ruptura da bolsa amniótica. Ao serem recepcionados no Centro Obstétrico (CO), Henrique perguntou com quem ele deixava o plano de parto do casal e obteve a seguinte resposta da secretária: *“Amigo, isso aqui é SUS, isso aqui não tem plano de parto.”*. Henrique desabafa: *“E aí, na entrada a gente depara com a funcionária, sem instrução nenhuma, nenhuma, nenhuma instrução de como se trabalhar ali.”*. Episódio semelhante ocorre com a obstetra assistente, na triagem, que ao receber o plano de parto sai do consultório médico perguntando se alguém sabia do que se tratava: *“uma médica, que tá ali, não ter uma instrução do que que é um plano de parto também é uma vergonha.”*. Durante o exame realizado por esta mesma obstetra, ainda na triagem, constatou-se que Júlia, naquele momento com 41 semanas completas, estava sem dilatação, sem contrações uterinas e sem bolsa rota. A obstetra determina que Júlia seria internada e iniciariam indução com ocitocina. Mesmo após uma tentativa de conversa por parte de Henrique, incluindo a apresentação do plano de parto do casal, eles passam para outra sala, já na internação. Ele afirma: *“a gente não tinha entrado em trabalho de parto. E eles nos baixaram, contra nossa vontade.”*, ciente de que foram internados pela questão das 41 semanas. Conta que após uma troca de sala, quando foram realocados para uma sala de parto humanizado, outro médico assistente veio atendê-los e disse: *“vocês não tão em trabalho de parto...a gente vai estar monitorando o nenê o tempo todo...a gente vai chegar numa conclusão juntos.”*, e que o casal respondeu: *“tudo bem, é realmente isso que a gente quer, era realmente isso que a gente tava só pedindo no nosso plano de parto.”*. Conta que, ao longo do tempo em que

estiveram internados, perceberam, e parte da equipe reiterou isso, que havia claramente uma 'seleção' de quem iria atendê-los, que não era qualquer profissional que estivesse no plantão: *"a gente tava com um tratamento meio diferente"*. Observa que *"existe um conflito de ideias muito grande dentro da mesma equipe...pessoas que não querem admitir a mudança...transparece diretamente pra nós que estamos usando o serviço né."*

Numa troca de equipe, um novo obstetra veio atendê-los, sem se apresentar, voltou minutos depois e realizou amniotomia na Júlia, conforme relato de Henrique. Expressou-se então indignado: *"como é que ele vai romper a bolsa sem falar nada pra gente?"*. Diz que o médico não respondeu seus questionamentos, *"tirou a máscara brabo e começou a gritar comigo...ele não respondeu minhas perguntas e eu saí de lá sem saber as minhas perguntas."* Mais indignado, arremata: *"vocês pegam um paciente num momento totalmente fragilizado...por que que tem que ficar dizendo...teu bebê tá bem agora, mas daqui a 5 minutos eu não sei?"*. Desabafa: *"...é isso que a gente tem que confiar, no nosso sistema público..."*. Concluindo a entrevista, relata que até hoje Júlia não está bem, que, ao voltarem para casa, após a internação hospitalar, ela falou: *"Henrique, tu percebeu que a gente sofreu uma violência obstétrica?"*.

Nota-se, através desta terceira e última categoria, que não ocorreu responsabilização plena em nenhum dos casos descritos, com diálogo escasso e/ou inadequado, sem compartilhamento de saberes e de decisões. No caso de Fernanda, percebe-se que a relação equipe assistente/usuário se deu de forma autoritária, sem participação ativa da mesma, com um diálogo inadequado, na qual o obstetra usa argumentos como o risco de sofrimento do bebê para justificar sua conduta. No caso de Carolina, há pouco diálogo com a equipe assistente, a obstetra vem vê-la, pela primeira vez, já com uma decisão pronta, embora demonstre interesse na opinião da mesma. No caso de Júlia e Henrique, vemos que determinados profissionais atuaram numa relação mais igualitária com o casal, compartilhando decisões e saberes, enquanto outros,

como o último obstetra assistente, atuaram de forma autoritária, sem diálogo adequado.

Também se observa, nesta categoria, que a maneira como as participantes se posicionaram foi influenciada pelas categorias anteriores. Fernanda, com muitos medos e poucos conhecimentos em relação ao parto e nascimento, acabou se posicionando de forma mais submissa. Já o casal Júlia e Henrique, com mais conhecimento e mais seguro, posicionou-se de forma mais ativa no processo todo. Destaca-se ainda a insegurança das três gestantes em relação à assistência pública ao parto, onde não teriam direito de escolha e/ou voz ativa, onde não poderiam 'fazer escândalo' para serem bem tratadas.

DISCUSSÃO

De maneira geral, percebe-se que um maior ou menor protagonismo é decorrente de fatores como o grau e a qualidade da informação que as gestantes recebem durante o pré-natal; os medos e outros aspectos subjetivos que perpassam todo o período; a maneira como elas enxergam os sistemas de saúde, seja ele público ou privado.

Em relação ao acesso à informação, percebe-se, pelo presente estudo, que as gestantes têm o desejo de obter toda a informação possível sobre o parto e nascimento, conforme já relatado em outros estudos¹⁵. Contudo, nota-se a falta de informação adequada e compartilhamento de saberes entre equipe e usuário, tanto ao longo do pré-natal quanto na assistência hospitalar ao parto e nascimento. Durante o pré-natal, as gestantes acabam procurando fontes externas de informação, nem sempre adequadas e/ou suficientes e muito menos discutidas com a equipe assistente. Carolina, por exemplo, ao ser questionada sobre como e se as dúvidas que ela trouxe durante a entrevista eram abordadas no pré-natal, declara que nunca tinha falado sobre isso. O casal Júlia e Henrique exemplificam a influência dos conhecimentos no processo de protagonismo, na medida em que o usuário é mais ativo no processo de cuidado por ter um enten-

dimento maior em relação ao trabalho de parto e parto. Em várias passagens da entrevista, Henrique questiona as condutas (“como é que ele vai romper a bolsa sem falar nada pra gente?”), traz sua percepção e busca um diálogo que possibilite troca de informações. O grau de informação parece ser a principal sustentação deste processo ativo, dando mais segurança para o usuário. Já Fernanda e Carolina retificam essa relação dando o exemplo contrário, menos informadas são também mais passivas no processo todo.

Em relação aos medos e expectativas, corroborando com outros estudos, percebe-se que o medo de não suportar o sofrimento, de ser incapaz de parir e de prejudicar o bebê são os principais temores das gestantes, descritos claramente nos relatos de Fernanda e Carolina¹². Esses ‘medos bobos’, como descreve Carolina, afetam o grau de protagonismo destas mulheres, por torná-las mais inseguras. A desinformação, a mídia, os relatos de outras mulheres e o modelo tecnicista de assistência obstétrica alimentam e multiplicam esses sentimentos negativos, por reforçar um conceito cultural do parto e nascimento como um processo patológico, arriscado e/ou desagradável em demasia. A mãe de Carolina, como esta relata, a ‘assustou de todas as formas possíveis’ e sempre estimulou que ela optasse pela cesárea, por ser mais segura.

É na hora do parto, um evento que por si provoca mudanças abruptas e intensas, que toda a bagagem que a gestante construiu ao longo do pré-natal se depara com a assistência hospitalar e o processo de trabalho da equipe assistente. Vemos, no presente estudo, que há nula ou mínima corresponsabilização na hora do parto e nascimento, com tomada de decisões com pouco diálogo e informação adequada. A corresponsabilização parece ser influenciada pelas categorias anteriores. No caso da Fernanda, por exemplo, fica claro pelo seu relato que a equipe assistente toma a decisão pela cesárea usando da fragilidade dela, seja sobre seu corpo e capacidade de parir, seja sobre o suposto sofrimento/risco para o bebê. Nas duas entrevistas, Fernanda trazia o medo que tinha do bebê sofrer e os argumentos que o obstetra assistente utiliza para tomar a decisão pela cesariana se embasam

nisso: “vamos fazer a cesárea enquanto o neném tá bem pra não dar nenhum problema”; “a cesárea é mais rápido, vamo tentar a cesárea pra não arriscar ele, né.”. As concepções errôneas de Fernanda contribuem com todo o processo, acreditando que com a cesariana o bebê ‘não teria que fazer tanto esforço’ pra nascer, como no parto normal. O parto normal é um processo fisiológico que não acarreta por si sofrimento para o bebê, sendo a cesariana, inclusive, a via que oferece mais riscos e complicações para mãe e bebê¹⁸. Numa primigesta, com gestação sem intercorrências, com monitoramento ao longo da indução do parto sem alterações e trabalho de parto de quatro horas de evolução, o argumento do obstetra não foi só inapropriado como mal intencionado (“a cesárea é mais rápido...”). O caso de Fernanda exemplifica uma cesariana realizada sem a identificação médica de nenhum risco definido, conforme já revisado na literatura².

No caso do casal Júlia e Henrique, apesar de estarem mais engajados pelo parto humanizado, ter um plano de parto e ter se informado mais, a corresponsabilização sofreu diversos entraves ao longo de todo o processo por incapacitação e conflito de ideias dentro da equipe assistente. Este último é, inclusive, observado pelo próprio Henrique ao relatar que havia uma ‘seleção’ de quem prestava assistência à Júlia. Apesar de em vários momentos Henrique ter buscado um diálogo e compartilhamento de saberes com a equipe, alguns profissionais demonstraram incapacidade para tal. O exemplo mais emblemático é do último obstetra assistente que, ao ser questionado após realizar amniotomia na Júlia, fica irritado e grita com Henrique: “tirou a máscara brabo e começou a grtar comigo...ele não respondeu minhas perguntas e eu saí de lá sem saber as minhas perguntas.”. Outro exemplo é o da secretária que recepciona o casal no CO, que declara que ‘no SUS não tem plano de parto’. Como já dito anteriormente, o plano de parto é uma das práticas preconizadas pela humanização do parto e nascimento, instituída pelo Ministério da Saúde desde o final da década de 90.

Destacam-se ainda os dois casos de violência obstétrica, da Fernanda e da Júlia. No caso da Fernanda,

houve negligência no sentido de um suporte emocional adequado durante o parto. Percebe-se que, ao 'entrar em pânico' por causa da decisão pela cesárea e medo do corte cirúrgico, não houve adequado suporte por parte da equipe assistente, que 'amarrou' seus braços num momento tão importante para ela. Mas Fernanda não internaliza sua experiência como uma assistência inadequada, colocando para si a responsabilidade do acontecido, achando que o médico inclusive teve muita paciência com ela. Já no caso do casal Júlia e Henrique, vemos a violência tanto na forma de negligência, quando a equipe assistente não fornece informação e suporte adequados, quanto na forma de violência verbal, com tratamento grosseiro e gritos por parte do obstetra assistente.

Todas as três gestantes trazem uma visão de que, no sistema público, diferente do sistema privado ou do parto domiciliar (no caso de Júlia), há menor espaço para que tenham voz ativa e sejam respeitadas. A insegurança das gestantes quanto à assistência hospitalar pública também é descrita em outro estudo, no qual se constatou que, de forma geral, as mulheres não esperam receber um tratamento mais individualizado ou uma atenção adequada¹⁵. Nos relatos de todas elas, vemos referências a experiências de amigos e familiares reforçando esta visão: "O negócio é não fazer muito escândalo, que daí eles te tratam bem."; "...fizeram plano de saúde pra ter...voz ativa...". Cabe aqui ressaltar que fica claro o quanto essa percepção pode ser errônea, considerando que tanto a assistência pública quanto a privada apresentaram falha no diálogo e compartilhamento de decisões. Destaca-se o caso de Júlia que, na primeira entrevista, diz que "...no SUS tu não tem escolha, é o que eles querem e pronto..." e, ao relatar a experiência do parto pelo sistema privado e ser questionada sobre sua participação nas decisões, diz que "a decisão foi rápida", "não me deram muitas opções".

Sobre a questão da preferência inicial por uma determinada via de parto, nota-se que esta muitas vezes se baseia nos medos de intervenções (episiotomia, por exemplo) e/ou complicações, na insegurança quanto ao processo de parir, no risco de sofrimento do bebê e da mãe e na possibilidade de melhor recuperação (no caso

do parto vaginal). O medo do parto vaginal, explicitado no relato da Fernanda e da Carolina em vários trechos, é uma razão muito referida pelas mulheres para preferir uma cesariana, conforme já encontrado em outro estudo⁵. Corroborando o mesmo estudo, verifica-se que as percepções positivas acerca do parto vaginal, referidas em especial pela Fernanda e pela Júlia – tal como ele ser um parto mais natural, mais fisiológico e, principalmente, com recuperação mais rápida – representaram os principais motivos para a preferência por esse tipo de parto⁵.

Em sintonia também com outros estudos, pode-se afirmar que a deficiência de informação, os medos e expectativas ao longo do pré-natal, reforçados pelo modelo de assistência, público ou privado, e hospitalização acabam por transferir para a equipe assistente o comando e o poder de decisão, num processo de 'terceirização' do parto e nascimento. O caso da Fernanda exemplifica que a mulher, em nome da segurança, acaba por delegar o comando do processo ao profissional especializado. O modelo tecnicista favorece uma assistência obstétrica segmentada e intervencionista, de pouco diálogo, com rotinas e protocolos incompatíveis com o processo dinâmico, fisiológico e afetivo da parturição¹².

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo compreender alguns aspectos relevantes do processo de protagonismo da gestante e sua relação com a humanização do parto e nascimento, tendo como objetivos específicos identificar as expectativas e conhecimentos das gestantes acerca do trabalho de parto e nascimento e analisar o processo de corresponsabilização na assistência.

A humanização do parto e nascimento, como política pública de saúde, apresenta inúmeros desafios para sua real implementação. O protagonismo das gestantes, uma das bases da humanização, depende não só dos conhecimentos e das expectativas construídos ao longo do pré-natal como também da cultura vigente e das práticas da assistência em saúde¹³. A corresponsabilização é influenciada por todos esses fatores.

Como já discutido, em nenhum dos casos descritos no presente estudo houve corresponsabilização, sendo que todos apresentaram uma incapacitação da equipe assistente para tal. Para a aplicação de uma assistência humanizada ao parto e nascimento é preciso não só de políticas públicas que preconizem novas medidas no cuidado em saúde como também a formação das equipes assistentes de acordo com estas políticas. Para que novas medidas sejam efetivamente aplicadas, deve haver maiores espaços de formação e atualização, através da educação permanente. Isso vale tanto para as equipes na atenção primária quanto na atenção terciária/hospitalar. Indo mais além, deve-se pensar numa formação acadêmica da clínica voltada para um atendimento mais humanizado e menos tecnicista, para uma prática que priorize a escuta e a fala do usuário, e não a visão objetiva do profissional assistente. Temos de apostar em uma formação que estimule a horizontalização da relação profissional de saúde/usuário, sem relações de poder hierárquicas e autoritárias, em que o usuário é sujeito ativo do processo de cuidado, é corresponsável. Infelizmente, nossa formação clínica pouco trabalha com esses conceitos.

Como vemos nesta pesquisa, todo o processo subjetivo que permeia a gestação, parto e nascimento é carregado de medos e insegurança que dificultam o protagonismo da gestante. Esses sentimentos são reforçados e multiplicados por uma cultura que define a mulher como incapaz de parir e transforma o nascimento em algo patológico e arriscado em demasia. O corpo feminino deveria ser entendido como apto a dar à luz, sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis na grande maioria das vezes. O nascimento, visto como um perigo para o bebê, deveria ser considerado um processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extrauterina. O parto, por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado como uma “experiência altamente pessoal, sexual e familiar”¹. Além disso, o enfrentamento da violência obstétrica deve ser encarado como uma questão prioritária para o setor de saúde, pois representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do

ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde¹⁹.

O presente estudo mostrou a importância dos conhecimentos no processo de protagonismo e corresponsabilização. Contudo, vemos que o acesso à informação é muito deficitário, tanto no pré-natal quanto durante a assistência ao parto e nascimento. A atenção primária tem um papel primordial na aplicação das práticas humanizadas na medida em que acompanha a gestante durante nove meses até o parto e nascimento, tempo este suficiente para a adequada orientação e informação. Muitas vezes o tempo da consulta de pré-natal pode ser e/ou parecer insuficiente, já que há protocolos a seguir e exames diversos para analisar, tendo em vista que o trabalho em saúde é ainda técnico em demasia. Mas devemos pensar em novas formas de organizar o trabalho buscando valorizar trocas de informações entre usuários e destes com os profissionais.

REFERÊNCIAS

1. DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento, São Paulo, SP. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10(3):627-637. 2005.
2. MANDARINO, N.R; CHEIN, M.B.C; JÚNIOR, F.C.M; BRITO, L.M.O; LAMY, Z.C; NINA, V.J.S; MOCHEL, E.G; NETO, J.A.F. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. Rio de Janeiro, RJ. *Cad. Saúde Pública*. 25(7):1587-1596. 2009.
3. PATAH, L.E.M; MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países, São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 45(1):185-94. 2011.
4. GAIO, D.S.M. Acompanhamento de Saúde da Gestante e da Puérpera. In: DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R.J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*, Porto Alegre, RS. Artmed, 4ª edição. Pág 386-401. 2013.
5. DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B; PEREIRA, M.N; TORRES, J.A; ORSI, E; PEREIRA, A.P.E; SCHILITZ, A.O.C; LEAL, M.C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final, Rio de Janeiro, RJ. *Cad. Saúde Pública*. 30 sup: S101-S116. 2014.
6. DOMINGUES, R.M.S.M; SANTOS, E.M; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto:

contribuição para o debate, Rio de Janeiro, RJ. Cad. Saúde Pública. 20 Sup1:S52-S62. 2004.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

8. DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, Rio de Janeiro, RJ. Ciência & Saúde Coletiva. 9(1):7-14. 2004.

9. DIAS, M.A.B; DESLANDES, S.F. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: DESLANDES, S.F. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas, Rio de Janeiro, RJ. Editora Fiocruz, 2008. p. 351-369.

10. SILVA, R.M.S; BARROS, N.F; JORGE; H.M.F; MELO, L.P.T; JUNIOR, A.R.F. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto, Fortaleza, CE. Ciência & Saúde Coletiva. 17(10):2783-2794. 2012.

11. DIAS, M.A.B; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto, Rio de Janeiro, RJ. Ciência & Saúde Coletiva. 10(3):669-705. 2005.

12. PEREIRA, R.R; FRANCO, S.C; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição, Joinville, SC. Rev. Bras.Anesthesiol. 61: 3: 376-388. 2011.

13. CAMPOS, R.T.O; CAMPOS, G.W.S. CAMPOS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMAN,M; JÚNIOR, M.D; CARVALHO, Y.M. Tratado de Saúde Coletiva, São Paulo, SP. Hucitec Editora, 2012. Pág 669-688.

14. SOARES, J.C.R.S; CAMARGO JÚNIOR, K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde, Rio de Janeiro, RJ. Interface, v. 11, n.21. 2007.

15. DIAS, M.A.B; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad. Saúde Pública. 25(7):1587-1596. 2006.

16. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Editora Hucitec. 11ª edição, São Paulo, SP. 2008.

17. BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3 (2). pp. 77-101. 2006.

18. HOTIMSKY, S.N; RATTNER, D; VENANCIO, S.I; BÓGUS, C.M; MIRANDA, M.M. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica, Rio de Janeiro, RJ. Cad. Saúde Pública. 18(5):1303-1311. 2002.

19. SOUZA, J.P.; CASTRO, C.P. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária, Rio de Janeiro, RJ. Cad. Saúde Pública. 30 Sup:S11-S13. 2014.

FATORES ASSOCIADOS À NECESSIDADE DE TRANSFERÊNCIA PARA LEITO PSQUIÁTRICO EM PACIENTES AVALIADOS EM INTERCONSULTA PSQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL

Factors Associated with Transference to Psychiatric Ward among Psychiatric Consultation-liaison Patients in a General Hospital

Felipe Gutiérrez Carvalho*, Daniel Heidemann Moura*, Marina da Silva Netto**, Airton Tetelbom Stein***

RESUMO

INTRODUÇÃO: A incorporação da Psiquiatria em ambientes hospitalares ocorreu tardiamente, após o desenvolvimento progressivo de novos modelos de atendimento. Nosso objetivo foi analisar os fatores associados à transferência de pacientes em interconsulta psiquiátrica para unidade psiquiátrica. **MÉTODO:** Estudo transversal, realizado por consulta aos registros das consultorias solicitadas à Psiquiatria de hospital geral, totalizando 83 solicitações. Foram realizadas análises univariadas em relação à transferência para leito psiquiátrico. **RESULTADOS:** Foram encontradas associações com idade ($P=0.026$), origem da solicitação ($P=0.001$), urgência ($P=0.022$), motivo da solicitação ($P=0.010$), risco de suicídio ($P=0.000$), ausência de psicofármaco no momento da consultoria ($P=0.002$), e na prescrição do interconsultor ($P=0.005$), e dias de internação ($P=0.000$). **CONCLUSÃO:** Idades menores, solicitações da Emergência e da UTI, consultorias de urgência, menor tempo de internação, risco suicida na solicitação e na avaliação do interconsultor, e ausência de psicofármacos, tanto no momento da interconsulta quanto na conduta do interconsultor, foram fatores associados à transferência para unidade psiquiátrica. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 189-197)

Descritores: Interconsulta, Consultoria, Psiquiatria, Hospital Geral.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The incorporation of the Psychiatry in hospital care occurred after the development of new models of mental health care. Our objective was to analyze the factors associated to the transference of patients in psychiatric consultation-liaison to psychiatric unit. **METHODS:** Cross-sectional study, using the hospital records of the patients attended through the consultation liaison team in a general hospital, with a total of 83 solicitations. Univariate analysis was performed in relation to transference to psychiatric unit. **RESULTS:** There were associations with age ($P=0.026$), service or origin ($P=0.001$), urgency ($P=0.022$), reason of request ($P=0.010$), suicide risk ($P<0.001$), prescription of psychiatric drugs at the moment ($P=0.002$) or after the assessment ($P=0.005$), and length of stay in hospital ($P<0.001$). **CONCLUSION:** Young patients, requests from Emergency and ICU, short length of stay, risk of suicide registered at the solicitation or during the assessment, no prescription of psychiatric drugs at the moment or after the assessment were associated to transference to psychiatric unit. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 189-197)

Keywords: Liaison, Psychiatry, General Hospital.

Recebido em 07/12/15 e aceito para publicação em março de 2016

*Médicos Residentes em Psiquiatria do GHC

**Médica Psiquiatra do GHC

***Médico de Família e Comunidade, Coordenador de Diretrizes Clínicas do GHC
Instituição: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Grupo Hospitalar Conceição.

INTRODUÇÃO

A incorporação da Psiquiatria em ambientes hospitalares ocorreu de forma tardia em comparação às outras especialidades médicas, havendo poucos registros de alas psiquiátricas em hospitais gerais antes da metade do século XIX.⁽¹⁾

A partir da primeira metade do século XX, perante aos novos conceitos que vinculavam a Psicanálise e a Medicina Psicossomática, observou-se o início de uma aproximação da Psiquiatria ao ambiente hospitalar.^(2,3) No Brasil, até meados da década de 70, mantinha-se preponderantemente um modelo asilar nos cuidados dos pacientes com transtornos mentais, embora haja registros de alas psiquiátricas em hospitais gerais desde a década de 50.^(4,5) Com a observação de novos modelos de atendimento em países do hemisfério norte, e a intensificação de movimentos em defesa dos direitos civis, iniciou-se um processo de mudança nas estratégias de atenção aos pacientes psiquiátricos⁽⁶⁾, que culminou na promulgação da Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001⁽⁷⁾, que instituiu a reforma psiquiátrica no Brasil.

Dentro desse contexto, com uma progressiva inserção da Psiquiatria no ambiente hospitalar, e a crescente necessidade de comunicação entre as diversas especialidades médicas, desenvolveu-se uma nova subespecialidade dentro da Psiquiatria, a Interconsulta Psiquiátrica. Essa subespecialidade envolve uma atividade interprofissional e interdisciplinar, que abrange médicos de diferentes especialidades em um serviço médico geral. Dessa forma, promove auxílio na assistência ao paciente de hospital geral, na abordagem psicossocial e no âmbito de pesquisa.

Prevalência de transtornos psiquiátricos no Hospital Geral

Os dados da literatura variam de forma bastante ampla quanto à prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes hospitalizados. Em um estudo realizado no Hospital de Clínicas da Unicamp, com amostra consecutiva de 78 pacientes avaliados através do Clinical Interview Schedule (CIS-R), foi observada uma

prevalência de morbidade psiquiátrica de 36%.⁽⁸⁾ Em estudo realizado em um Hospital Geral de Oxford, foi avaliada a prevalência dos transtornos psiquiátricos em 313 pacientes internados, e foi observado que 27,2% dos pacientes apresentaram um quadro psiquiátrico, sendo os diagnósticos mais prevalentes transtorno de adaptação (13.7%), transtornos de ansiedade (5.8%), transtorno de uso de substâncias (5,4%) e transtorno depressivo maior (5.1%).⁽⁹⁾ Já em um estudo brasileiro, realizado no estado de SC, foram avaliados 125 pacientes utilizando-se as escalas Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e Beck Depression Inventory (BDI), e foi identificada uma prevalência de Depressão de 26%.⁽¹⁰⁾ Outro estudo avaliou uma amostra de 196 pacientes clínicos, cirúrgicos e oncológicos, e observou-se uma prevalência de depressão de 29,2% dos pacientes clínicos, 9,5% dos pacientes cirúrgicos e 15,85% dos pacientes oncológicos.⁽¹¹⁾ Já em um estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 299 pacientes clínicos e cirúrgicos foram avaliados, sendo observadas prevalências que variaram de 20.1% a 34.6%, dependendo do instrumento utilizado.⁽¹²⁾ Em outro estudo nacional, com uma amostragem de 4352 participantes, foi demonstrada prevalência de 16% para depressão, 9.8% para dependência de álcool e 16.9% para tabagismo.⁽¹³⁾ Considerando apenas pacientes idosos internados, um estudo nacional detectou uma prevalência de 25% para transtorno depressivo recorrente, 18.7% para transtorno distímico e 56.2% para episódio depressivo único.⁽¹⁴⁾

Em muitos estudos realizados, o *delirium* aparece como uma das condições mais frequentes observadas no hospital geral, com uma prevalência que varia entre 11% e 33% na admissão, e incidência durante a estada no hospital de 3% a 56%. As frequências podem ser maiores em pacientes idosos e naqueles situados em área de queimados e de UTI.^(15,16,17,18,19)

Quanto a enfermarias específicas, um estudo brasileiro realizado em Campinas avaliou 675 pacientes oncológicos, e evidenciou o diagnóstico de depressão em 18,3% dos pacientes com câncer, e em 13,2% dos pacientes sem câncer. Nas mulheres, o transtorno

apresentava prevalência de 23% e, nos homens, de 15,4%.⁽²⁰⁾ Já em uma amostra de 106 pacientes internados por doenças hematológicas em hospital universitário em SC, 32,7% dos pacientes com sintomas depressivos significativos.⁽²¹⁾

Em se tratando de abuso e dependência de álcool, estudos nacionais têm demonstrado prevalência de 10 a 20% em pacientes internados em hospital geral^(13,22,23,24,25), porém, menos da metade desses casos é identificada.⁽²²⁾

Já em estudo no qual foram analisados sintomas que motivaram a solicitação de consultoria em hospital terciário na Índia, observou-se maior prevalência de sintomas somáticos sem explicação (23,1%), seguidos de sintomas de ansiedade (21%) e de presença de comportamento anormal (13,1%).⁽²⁶⁾

Prevalência de transtornos psiquiátricos em Pronto-Atendimento e Pronto-Socorro

No pronto-atendimento, os casos psiquiátricos, apesar de frequentes, muitas vezes são sub-diagnosticados pelos clínicos, e pouco encaminhados para tratamento especializado (42%), de acordo com estudo realizado com 704 pacientes em primeiro atendimento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. A depressão foi a patologia psiquiátrica menos identificada pelos clínicos gerais (nenhum caso), e o alcoolismo foi a mais diagnosticada, com 23.2% dos casos. Desses, somente 7.4% foram encaminhados para tratamento psiquiátrico.⁽²⁷⁾ Já em um estudo avaliando 600 atendimentos de um serviço de emergência em um hospital universitário de São Paulo, os diagnósticos mais frequentes foram transtorno do uso de substância psicoativa (26.3%), esquizofrenias (15.5%), episódio maníaco (11.8%), depressão maior (10.9%) e transtornos não psicóticos (10.9%), havendo diferenças entre os sexos quanto à proporção de algumas categorias diagnósticas. Cerca de 20% dos atendimentos resultaram em internação integral, e 60% em encaminhamentos para seguimento ambulatorial.⁽²⁸⁾

Características sócio-demográficas do paciente em interconsulta

As características sócio-demográficas dos pacientes em interconsulta tendem a variar nos dados encontrados na literatura, da mesma forma que as prevalências. Em estudo realizado na Grécia, pôde-se observar padrões de maior frequência nas características sociodemográficas em pacientes transferidos às alas psiquiátricas via consultoria (solteiros, divorciados ou viúvos, morando sozinhos, classes econômicas mais baixas), além de outros dados relevantes, como apresentação de comportamento desorganizado, tentativa de suicídio recente, presença de transtorno de humor, e presença de histórico psiquiátrico.⁽²⁹⁾

Quanto a estudos mais voltados à realidade brasileira, um estudo já mencionado, realizado em São Paulo, observou uma maior frequência das seguintes características nos pacientes em interconsulta: sexo masculino, ausência de vínculos conjugais, baixa escolaridade, inatividade profissional e morar com familiares.⁽²⁸⁾ Em outro estudo nacional, realizado nos estados de São Paulo e Santa Catarina, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes avaliados no que diz respeito a sexo, faixa etária, cor e/ou etnia e estado civil; por outro lado, foram encontradas diferenças relacionadas a procedência dos pacientes, a pessoas com quem os pacientes conviviam, a situação laboral e a escolaridade.⁽³⁰⁾

A relação entre a Psiquiatria e as outras especialidades médicas

Quanto a relação entre as diferentes especialidades, em um estudo realizado em 3 hospitais universitários australianos, foi observado que a maior taxa de solicitações de consultoria por número de admissões pertencia ao serviço de Neurologia, seguido pelo de Reabilitação, e depois pelo de Medicina Interna.⁽³¹⁾ Já em estudo realizado na Índia, a maioria das solicitações foi feita pelo departamento de Medicina interna (59%), seguido pelos departamentos de cirurgia

(8,7%), ortopedia (8,1%) e dermatologia (6,9%).⁽²⁶⁾

Quanto aos parâmetros de solicitação de interconsulta no Brasil, em um estudo caso-controle de 141 pacientes (47 interconsultas psiquiátricas e 94 controles) realizado em um hospital geral de Botucatu-SP, observou-se que alterações de comportamento, tanto com manifestações de exaltação (agitação e/ou inquietação) quanto com manifestações depressivas, aumentaram a frequência dos pedidos de Interconsulta Psiquiátrica.⁽³²⁾

As condutas na Interconsulta Psiquiátrica

Da mesma forma que há fluxos de complexidade nos cuidados em atenção primária, estudos realizados em Campinas propõem um esquema para detecção de níveis de complexidade de pacientes de interconsulta em Psiquiatria. Dessa forma, observou-se que, do total de pacientes internados, aproximadamente 30% a 45% apresentam comorbidade/multimorbidade psiquiátrica, 20% são submetidos à interconsulta com psiquiatra, e 1% necessita de transferência para leito psiquiátrico.⁽³³⁾

Em estudo realizado na Áustria, observou-se um maior número de transferências para internação psiquiátrica entre os pacientes avaliados (13,6%). Entre as condutas registradas, as mais frequentes foram respectivamente prescrição de psicofármacos (72,9%), seguimento pós-alta com psiquiatra (32,7%) e com psicólogo (29,0%).⁽³⁴⁾

Já em um estudo brasileiro, realizado na UNICAMP, o uso de psicofármacos foi adotado em aproximadamente 20% dos casos avaliados, e a transferência para enfermaria psiquiátrica foi necessária em 5% dos pacientes.⁽³⁵⁾

Quanto ao uso de psicofármacos, em estudo já mencionado previamente, observou-se que as classes mais prescritas pelos interconsultores foram os ISRS (34,2%), os benzodiazepínicos (26%) e os antipsicóticos típicos (18,8%). Nesse mesmo estudo, os planos de tratamentos propostos pelos interconsultores incluíram atendimentos individuais em mais de um terço dos casos, e prescrição de psicofármacos em aproximadamente 27% dos casos. As classes mais utilizadas antes da

avaliação do interconsultor foram os benzodiazepínicos (39,8%) e antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) (20,2%) e os antipsicóticos típicos (15,7%).⁽³⁰⁾

Pelo fato de ser uma prática de início recente, os dados da literatura nesse campo estão, aos poucos, ganhando maior atenção. Sendo assim, torna-se importante aprimorar o estudo dessa atividade, reconhecendo o perfil dos pacientes avaliados e as características na dinâmica da Interconsulta Psiquiátrica.

No presente estudo, nosso objetivo foi analisar os fatores associados à necessidade de transferência de pacientes em interconsulta psiquiátrica para leitos de unidade psiquiátrica.

RESULTADOS

Os dados descritivos, assim como as análises estatísticas, são apresentados comparativamente entre não encaminhados e encaminhados à internação psiquiátrica na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados descritivos comparativos entre não encaminhados e encaminhados à internação psiquiátrica.

		Não encaminhados à internação psiquiátrica		Encaminhados à internação psiquiátrica	
		Média / N	IC 95% / %	Média / N	IC 95% / %
Idade *		50,21	±4,23	34	±19,78
Dias internado ***		33,59	±11,58	4,71	±2,60
Tempo para resposta (em dias)		2,75	±0,35	2	±1,30
Sexo					
	Feminino	41	54,7%	4	5,3%
	Masculino	27	35,0%	3	4,0%
Estado Civil					
	Solteiro	18	24,0%	6	8,0%
	Casado/Amasiado	23	30,7%	0	0,0%
	Separado/Desquitado	17	22,7%	0	0,0%
	Viúvo	10	13,3%	1	1,3%
Vive com					
	Sozinho	15	21,1%	2	2,8%
	Com cônjuge	11	15,5%	0	0,0%
	Só, com filho(s)	8	11,3%	0	0,0%
	Com cônjuge e filho(s)	8	11,3%	0	0,0%
	Com os pais	8	11,3%	3	4,2%
	Com parente(s)	5	7,0%	1	1,4%
	Com amigo(s)	1	1,4%	0	0,0%
	Em instituição	2	2,8%	0	0,0%
	Outros	6	8,5%	1	1,4%
Procedência					
	Porto Alegre	40	53,3%	6	8,0%
	Resto do estado	28	37,3%	1	1,3%
Cor					
	Branco	57	76,0%	5	6,7%
	Preto	4	5,3%	2	2,7%
	Pardo	7	9,3%	0	0,0%
Situação Laboral					
	Autônomo	5	7,0%	0	0,0%
	Emprego informal	5	7,0%	0	0,0%
	Emprego formal	9	12,7%	2	2,8%
	Do lar	9	12,7%	1	1,4%
	Estudante	1	1,4%	2	2,8%
	Desempregado	9	12,7%	0	0,0%
	Inativo por invalidez	14	19,7%	0	0,0%
	Aposentado	6	8,5%	1	1,4%
	Afastado	6	8,5%	1	1,4%
Escolaridade					
	Analfabeto	3	4,2%	0	0,0%
	EF incompleto	24	33,3%	2	2,8%
	EF completo	13	18,1%	0	0,0%
	EM incompleto	8	11,1%	0	0,0%
	EM completo	14	19,4%	2	2,8%
	ES incompleto	2	2,8%	2	2,8%
	ES completo	2	2,8%	0	0,0%
Tipo de pedido *					
	Normal	67	89,3%	5	6,7%
	Urgência	1	1,3%	2	2,7%
Serviço solicitante **					
	Especialidades clínicas	37	49,3%	0	0,0%
	Especialidades cirúrgicas	13	17,3%	1	1,3%
	Gineco-obstetrícia	7	9,3%	0	0,0%
	Emergência	10	13,3%	4	5,3%
	UTI	1	1,3%	2	2,7%
Motivo de solicitação *					
	Risco suicida	3	4,1%	5	6,8%
	Sintomas psiquiátricos	36	49,3%	2	2,7%
	Sintomas físicos mal definidos	5	6,8%	0	0,0%
	Abuso de psicotrópicos/SPAs	5	6,8%	0	0,0%
	Avaliação quanto ao uso de psicofármaco	7	9,6%	0	0,0%
	Problemas de cooperação/adesão/manejo	1	1,4%	0	0,0%
	Avaliação para procedimentos mutilantes/de risco sem consentimento formal	1	1,4%	0	0,0%
	Antecedentes psiquiátricos	5	6,8%	0	0,0%
	Outros	3	4,1%	0	0,0%
Paciente foi informado da consultoria					
	Não	23	31,5%	1	1,4%
	Sim	43	58,9%	6	8,2%
Assistência em SM prévia					
	Não	28	38,4%	3	4,1%
	Sim	38	52,1%	4	5,5%
Risco de suicídio ***					
	Não	64	87,7%	1	1,4%
	Sim	2	2,7%	6	8,2%
Já em uso de psicofármaco no momento da avaliação **					
	Não	19	25,7%	6	8,1%
	Sim	48	64,9%	1	1,4%
Psicofármaco prescrito pelo consultor **					
	Não	15	20,3%	6	8,1%
	Sim	52	70,3%	1	1,4%

* P<0,05; ** P<0,01; *** P<0,001

Tabela 1-Proporção de encaminhamentos para unidade psiquiátrica por serviço solicitante.

As análises estatísticas em relação à necessidade de transferência para leito psiquiátrico demonstraram diferença estatisticamente significativa quanto à idade (Teste U Mann-Whitney; P=0.026). A média de idade entre os pacientes transferidos foi de 34 anos, contra 50,21 anos entre os pacientes das demais consultorias.

Houve diferença estatisticamente significativa também na análise envolvendo o serviço de origem de solicitação (Exato de Fisher; P=0.001), sendo o serviço de Emergência responsável por 57,14% das transferências, seguido pela UTI, responsável por 28,57%. Na Figura 1, fez-se uma comparação proporcional entre as grandes áreas quanto às diferenças entre dados gerais e de pacientes transferidos.

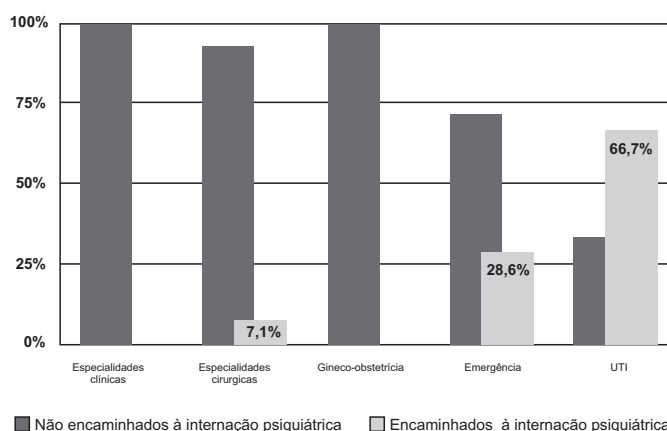


Figura 1-Proporção de encaminhamentos para unidade psiquiátrica por motivo de solicitação.

Quanto ao tipo de pedido de consultoria, foi encontrada diferença estatisticamente significativa associada a pedidos de urgência (Exato de Fisher; P=0.022). Embora as solicitações de urgência sejam responsáveis por apenas 28,57% das transferências, dois terços do total desses pedidos (66,7%) necessitaram transferência para leito psiquiátrico.

Nas análises relacionadas aos motivos de solicitação de consultoria, “risco suicida” foi responsável por 71,42% das transferências, seguido por “sintomas psiquiátricos presentes” com 28,57%. A análise

estatística demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre os motivos de solicitação (Exato de Fisher; $P=0.010$). A Figura 2 demonstra quadro comparativo proporcional nesse quesito entre os dados gerais e os dados referentes aos pacientes transferidos.

Em relação ao risco de suicídio no momento da avaliação do interconsultor, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa (Exato de Fisher; $P=0.000$), com a presença de risco em 85,71% dos casos transferidos para unidade psiquiátrica.

Em relação a uso de psicofármacos no momento da consultoria, a ausência de medicações foi associada a maior taxa de transferência para leito psiquiátrico (Exato de Fisher; $P=0.002$). Já em relação à prescrição de psicofármacos como conduta da interconsulta, a ausência de prescrição foi da mesma forma associada à transferência para leito psiquiátrico (Exato de Fisher; $P=0.005$).

Em relação ao número de dias de internação, foi encontrada associação (Teste U Mann-Whitney; $P=0.000$), havendo uma média de 4,71 dias nos pacientes transferidos, contra 33,63 dias entre os pacientes não transferidos.

DISCUSSÃO

No presente estudo, as análises demonstraram, de forma estatisticamente significativa, idades menores no grupo com necessidade de transferência para unidade psiquiátrica. Como veremos a seguir, o risco de suicídio foi a principal causa de transferência. Dados da literatura apontam que, não só há uma grande prevalência de risco suicida em jovens,⁽³⁷⁾ como também há um crescimento das taxas de suicídio nessa faixa etária.⁽³⁸⁾ Considerado isso, os resultados encontrados estão de acordo com os dados publicados na literatura.

É de conhecimento geral que risco de suicídio, risco de auto e heteroagressão, risco de agressão à ordem pública, risco de exposição social e incapacidade de autocuidados são importantes critérios a serem analisados em se tratando de internação psiquiátrica.^(39, 40) No

presente estudo, os serviços que mais demandaram transferência psiquiátrica foram a Emergência, e a UTI. Podemos inferir que os serviços que mais entram em contato com as indicações acima, novamente considerando a importância do risco de suicídio, são justamente a Emergência, porta de entrada para o atendimento, e a UTI, nos casos mais graves, inclusive nas tentativas de suicídio concretizadas. Em estudo realizado na Grécia, não há diferenciação de serviço de origem, porém percebe-se também uma grande proporção de pacientes transferidos para unidade psiquiátrica após tentativa/risco de suicídio.⁽²⁹⁾ Dessa forma, os achados do estudo condizem com as indicações de internação presentes na literatura, e há semelhanças na proporção de pacientes transferidos no que diz respeito ao risco de suicídio.

Embora a maioria das consultorias não tenha sido solicitada com urgência, as que tiveram esse padrão de solicitação, em 66,7% deles houve a necessidade de transferência para psiquiatria. Não foram encontrados dados na literatura referentes à urgência de solicitação de consultoria, contudo, é possível inferir que os pedidos em que foi solicitado atendimento imediato foram bem indicados.

Dentre os motivos de solicitação de interconsulta que tiveram seus pacientes transferidos, em primeiro lugar está o risco de suicídio, e em segundo lugar a presença de sintomas psiquiátricos. Os resultados encontrados assemelham-se às principais indicações de internação psiquiátrica, e vão ao encontro do que temos na literatura.⁽³⁹⁾

As prevalências de comportamento suicida encontradas no grupo de pacientes transferidos estão de acordo com os dados da literatura,⁽²⁹⁾ embora as prevalências deste estudo sejam ainda mais elevadas. Nota-se uma estreita relação entre o comportamento suicida e a demanda de internação psiquiátrica em hospitais gerais, o que possivelmente esteja relacionado ao fato de grande parte desses pacientes estarem em atendimento clínico/cirúrgico em consequência de tentativa frustrada de suicídio.

Há poucos dados na literatura em relação à presença de prescrição de psicofármacos no momento da

interconsulta entre pacientes transferidos para unidade psiquiátrica. Em estudo realizado na Grécia, os dados são semelhantes aos encontrados em nossa amostra, com menores prevalências no grupo de pacientes transferidos.⁽²⁹⁾ É possível que estes achados reflitam uma má adesão, ou mesmo a falta de acompanhamento adequado desses pacientes na rede, culminando em quadros desestabilizados, além de tentativas de suicídio concretizadas, ou riscos de suicídio elevados, como foi mencionado previamente.

Em relação à prescrição de psicofármacos como conduta concomitante à transferência, não foram encontrados dados da literatura. Porém, quanto aos dados nas interconsultas em geral, os nossos resultados vão de acordo com o encontrado na literatura.^(30,35,41) É possível que, pela presteza na disponibilidade de leitos psiquiátricos para os pacientes com indicação de transferência, o uso de psicofármacos tenha sido postergado para uma avaliação aprofundada da equipe da internação psiquiátrica. Dessa forma, em contextos onde a transferência não seja tão ágil, é provável que haja um aumento da prescrição de psicofármacos, com o fim de otimizar o tempo no tratamento da condição psiquiátrica.

Por fim, quanto à associação entre necessidade de transferência e dias de internação, faltam dados na literatura analisando essa relação. O achado obtido é esperado, visto que a instabilidade de quadros psiquiátricos em enfermarias comuns pode configurar riscos importantes, havendo prioridade de pronta transferência assim que há maior estabilidade de quadros clínicos concomitantes.

Limitações do Estudo

Algumas características de nosso estudo podem ter comprometido a qualidade dos resultados encontrados. Mesmo encontrando diferenças estatisticamente significativas, um maior número de participantes, sobretudo de casos que resultassem em transferência para leito psiquiátrico, poderia reconhecer melhor os demais possíveis fatores relacionados.

Outro viés presente em nosso estudo é o fato de alguns pacientes terem apresentado mais de uma con-

sultoria solicitada, incorrendo na repetição de determinados dados, o que pode afetar os resultados pela falta de independência entre os dados referentes ao mesmo paciente.

Quanto às prevalências de transtornos mentais encontradas, é possível que haja viés de informação, visto que os diagnósticos foram feitos de acordo com a avaliação de cada interconsultor, não sendo utilizados instrumentos padronizados para esse fim.

REFERÊNCIAS

1. MAYOU R. The history of general hospital psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1989; 155:764-76.
2. LIPOWSKI ZJ. Consultation-Liaison psychiatry: the first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8:305-15.
3. SCHWAB JJ. Consultation-liaison psychiatry: a historical overview. *Psychosomatics* 1989; 30:245-54.
4. SAMPAIO AP. Serviço psiquiátrico do hospital geral de ensino. *Neurobiol*. 1956; 19(1):72-82.
5. BRASIL MAA. A unidade psiquiátrica em hospital geral [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da universidade federal do rio de janeiro; 1982.
6. LARROBLA C, BOTEGA NJ. Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en América del Sur. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000; 28(1):22-30.
7. Brasil, Lei Federal nº10216, de 6 de abril de 2001. [internet] Dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: 2001 [capturado em 15 de julho de 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
8. BOTEGA NJ, PEREIRA WA, BIOMR, GARCIA JÚNIOR C, ZOMIGNANI MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using lay interviewers. *Soc Psychiatric Psychiatr Epidemiol*. 1995;30(3):127-31.
9. . Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1996; 184(1):43-51.
10. CIGOGNINI MA, FURLANETTO LM. Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):97-103.
11. TANAJURAD, SANTOS-JESUS R, TAVARES-NETO J, OLIVEIRA IR. Prevalence of depression in different

- groups of inpatients at the University Hospital of Bahia, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(4):182-5.
12. MACHADO SCEP, GOLDIM JR, FLECK MPA, EIZIRIK CL. Detecção de depressão em hospital geral universitário: comparação entre 1987 e 2002. *Rev Gaúcha Enfrem.* 2003;24(2):200-14.
13. BOTECA NJ, MITSUUSHI GN, AZEVEDO RC, LIMA DD, FANGER PC, MAURO MI, *et al.* Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(3):250-6.
14. SOUGEY EB, LIMA PJT. Depressão e enfermidade clínica no idoso: estudo transversal com pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital das Clínicas – UFPE. *Neurobiologia.* 2010;73(2):35-55.
15. BUCHT G, GUSTAFSON Y, SANDBERG O. Epidemiology of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 1999; 10:315–18.
16. LINDESAY J, ROCKWOOD K, ROLFSON DB. The epidemiology of delirium. In: Lindsay J, Rockwood K, Macdonald AJ, editors. *Delirium in Old Age*. New York, NY: Oxford University Press; 2002. p. 27–50.
17. INOUE SK, BOGARDUS ST JR, CHARPENTIER PA, LEO-SUMMERS L, ACAMPORA D, HOLFORD TR, *et al.* A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.* 1999; 340:669–676.
18. INOUE SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med.* 2006; 354:1157–65.
19. TRZEPACZPT, TEAGUE GB, LIPOWSKI ZJ. Delirium and other organic mental disorders in general hospital. *Gen Hosp Psychiatry.* 1985;7(2):101-6.
20. FANGER PC, AZEVEDO RCS, MAURO MLF *et al.* Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Ver Assoc Med Bras.* 2010;56(2):173-8.
21. FURLANETTO LM, DEL MORAL JAG, GONÇALVES AHB, RODRIGUES K, JACOMINO MENLP. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(2):96-101.
22. KERR-CORRÊA F, SILVA BCM. Avaliação do ensino de Psiquiatria pela análise dos pedidos de interconsultas. *J Bras Psiquiatr.* 1985;34(4):247-52.
23. BOTECA NJ, AZEVEDO RC DE, MAURO MI *et al.* Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(4):396-400.
24. MASUR J, CUNHA JM, ZWICKER AP *et al.* Prevalence of patients with indications of alcoholism confined in a general hospital. Relevance of the detection method. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 1980;26(2):125-30.
25. TERRONI LMN. Interconsulta Psiquiátrica no hospital geral: perfil das solicitações no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira [dissertação]. São Paulo: Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira; 2000.
26. KEERTISH N, SATHYANARAYANA MT, KUMAR BG, SINGH N, UDAGAVE K. Pattern of psychiatric referrals in a tertiary care teaching hospital in southern India. *J Clin Diagn Res.* 2013; 7(8):1689–91.
27. SMAIRA SI, TORRES AR, CACACE LA, GIOVANETTI FA, ATRA F, KERR-CORRÊA F. Identificação de sintomas e queixas psiquiátricas no primeiro atendimento clínico de um hospital universitário. *Inform Psiquiatr.* 1997;16(3):88-91.
28. SANTOS MESB, AMOR JA, DEL-BEM CM, ZUARDI AW. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(5):468-74.
29. CHRISTIDOULOU C, FINETI K, DOUZENIS A, MOUSSAS G, MICHPOULOS I, LYKOURAS L. Transfers to psychiatry through the consultation liaison psychiatry service: 11 years of experience. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 7:10-15.
30. NAKABAYASHI TIK, GUERRA KA, SOUZA RM *et al.* Comparação entre solicitações psiquiátricas de dois hospitais gerais universitários brasileiros: uso do protocolo de registro de interconsulta em saúde mental. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(6):1246-60.
31. HOLMES A, HANDRINOS D, THEOLOGUS E, SALZBERG M. Service use in consultation-liaison psychiatry: Guidelines for baseline staffing. *Australasian Psychiatry.* 2011; 19(3), 254–58.
32. SMAIRA SI. Transtornos psiquiátricos e solicitações de Interconsulta Psiquiátrica em hospital geral: um estudo de caso-controle [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
33. BOTECA NJ, SUMAIA IS. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 208-18.
34. LANER B, STAUFER C, GIESINGER JM *et al.* Psychiatric consultation-liaison interventions: Recollection, perception and outcome. *Journal of psychosomatic research.* 2013;75(2):184-186.
35. MAGDALENO JR R, BOTECA NJ. Interconsulta Psiquiátrica em hospital geral universitário. *J Bras Psiquiatr.* 1991;40(2):95-8.
36. LOBO A, HUYSE FJ, HERZOG T, MALT UF, OPMEER

- BC. The ECLW collaborative study II: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. *J Psychosom Res* 1996; 40:143-56.
37. MCGIRR A, RENAUD J, SEGUIN M *et al.* An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *J Affect Disord.* 2007; 97(1-3):203-9.
38. SADOCK, BJ. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 9ª ed. São Paulo: Artmed 2007 reimpressão 2010. pg.960-81.
39. ABDALLA FILHO, E.; CHALUB, M.; TELLES, LEB. *Psiquiatria Forense De Taborda.* 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
40. SADOCK, BJ. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 9ª ed. São Paulo: Artmed 2007 reimpressão 2010. Pg1445-59.
41. BRONHEIMHE, FULOPG, KUNKELEJ *et al.* The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *The Academy of Psychosomatic Medicine. Psychosomatics* 39:S8-S30, 1998.

AVALIAÇÃO ENDOMETRIAL EM PACIENTES ASSINTOMÁTICAS NA PÓS-MENOPAUSA: ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS RELACIONADAS AO RASTREIO DE CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

Endometrial evaluation of asymptomatic postmenopausal patients: analysis of the evidence related to endometrial cancer screening

Gabriela Guidotti Michelin*, Clarissa de Andrade Gonçalves do Amaral**

RESUMO

OBJETIVO: abordar o manejo da avaliação endometrial em pacientes assintomáticas na pós-menopausa, esclarecendo se existe algum benefício em rastrear pacientes assintomáticas. **Métodos:** Este artigo trata-se de uma revisão bibliográfica. Foram pesquisados artigos nas bases de dados Bireme, Pubmed, Scielo, Lilacs e Medline, usando os descritores “*hysteroscopy*”, “*endometrial thickness*”, “*endometrial cancer*”, “*endometrial câncer screening*”, “*asymptomatic postmenopausal women*”, “*postmenopausal bleeding*”, “*endovaginal ultrasonography*”, “*transvaginal ultrasonography*”, “*histopathology*”. A partir da pesquisa inicial, foram selecionados os artigos mais relevantes e, posteriormente, analisados. **Resultados e conclusões:** Verificou-se que não existem dados suficientes para justificar o uso da ultrassonografia transvaginal - nem de nenhum outro exame - como rastreio de carcinoma e hiperplasia atípica endometriais em pacientes assintomáticas pós-menopausa, e o risco dessas mulheres possuírem uma neoplasia de endométrio ou hiperplasia atípica é semelhante ao risco existente nas pacientes sintomáticas com espessura endometrial menor que 0,3 cm. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 198-211)

Descritores: histeroscopia, espessamento endometrial, câncer de endométrio, rastreio e mulheres pós-menopausa assintomáticas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To expound the handling of endometrial evaluation in asymptomatic postmenopausal patients, and clarify whether there is any benefit in asymptomatic patients screening. **Methods:** This article is a literature review. The articles were searched in Bireme databases, Pubmed, Scielo, Lilacs and Medline using the keywords “*hysteroscopy*”, “*endometrial thickness*”, “*endometrial cancer*”, “*endometrial câncer screening*”, “*asymptomatic postmenopausal women*”, “*postmenopausal bleeding*”, “*endovaginal ultrasonography*”, “*transvaginal ultrasonography*”, “*histopathology*”. Considering the initial search, the most relevant articles were selected and subsequently analyzed. **Results and conclusions:** After all, there is insufficient data to justify the use of transvaginal ultrasound - or any other examination - such as cancer screening and endometrial atypical hyperplasia in asymptomatic postmenopausal patients. Furthermore, the risk of these women having an endometrial neoplasm or atypical hyperplasia is similar to the risk in symptomatic patients with endometrial thickness less than 0.3 cm. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 198-211)

Keywords: *hysteroscopy, endometrial thickness, endometrial cancer, screening and asymptomatic postmenopausal women*

Recebido em 07/12/15 e aceito para publicação em março de 2016

* Médica Residente do PRM em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Fêmina;

** Mestre pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e preceptora do PRM em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Fêmina.

INTRODUÇÃO

O câncer de endométrio é a neoplasia mais prevalente do trato genital feminino em países desenvolvidos⁽¹⁻⁴⁾. No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a incidência de câncer do corpo uterino (que inclui câncer de endométrio e sarcomas, pois não existem dados isolados para neoplasia de endométrio), para o ano de 2014, foi de 5.900 novos casos, ou seja, um risco de 5,79 ocorrências para cada 100 mil mulheres. Diante dessa realidade, é possível afirmar que o câncer de corpo uterino é a sexta neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres – com 319 mil novos casos no mundo –, apresentando uma incidência de 8,2 casos em 100 mil mulheres, cuja consequência é o óbito de 76 mil mulheres ao ano⁽⁵⁾.

Esse tipo de neoplasia é mais frequente na pós-menopausa (80% dos casos)^(2, 6-8) e tem uma relação direta com a expectativa de vida (quanto maior a expectativa de vida, maior o risco de desenvolver a doença). O pico de incidência dessa neoplasia está entre os 60 e 64 anos, sendo mais frequente na população urbana que na rural. O risco de a população geral desenvolver essa neoplasia está em torno de 1,03%^(6,7,9). Estima-se, ainda, um risco de morte, por essa doença, de 0,4% na população geral, refletindo o bom prognóstico quando diagnosticada precocemente⁽⁶⁾. Vale mencionar que apesar de a incidência de câncer de endométrio ser baixa em pacientes negras⁽¹⁰⁾, a mortalidade pela neoplasia é mais alta nessa população⁽¹⁰⁾.

Em aproximadamente 90% dos casos, o câncer endometrial se apresenta como sangramento uterino anormal, sendo essa a manifestação mais precoce da doença. Os outros 10% das pacientes encontram-se assintomáticas ao diagnóstico^(1,2,4,6,8,11).

Sangramento pós-menopausa é o motivo de 5% das consultas ginecológicas⁽¹²⁾ e uma em cada dez mulheres apresentará essa alteração⁽¹³⁻¹⁵⁾. Dentre essas pacientes sintomáticas, aproximadamente 1 a 14% serão diagnosticadas com neoplasia endometrial, dependendo da associação com fatores de risco para a doença^(6,14,16-18). Portanto, o sangramento pós-menopausa sempre deve

ser investigado, já que pode ser o primeiro sinal de patologia endometrial maligna⁽⁷⁾.

Diante da suspeita de neoplasia endometrial, a ultrassonografia transvaginal (US-TV) é o primeiro exame a ser solicitado, isso por ser um método diagnóstico não invasivo^(4, 11, 14-15, 19-29). Ela pode identificar alterações endometriais, tais como espessamento e/ou heterogeneidade endometrial, que aventam a possibilidade de câncer de endométrio^(2, 7-8). O aumento da vascularização endometrial ao estudo Doppler, além dos achados que sugerem partículas líquidas no endométrio, também são alterações ultrassonográficas que devem ser consideradas como preditivas de câncer endometrial. O ponto de corte para espessamento endometrial vai de 0,3 cm a 0,5 cm para pacientes sintomáticas, variando de acordo com a literatura^(1-3,6-7,9,11,13, 30-32). Entretanto, nas pacientes assintomáticas, ainda não existe um valor estabelecido. A ultrassonografia transvaginal pode selecionar pacientes sintomáticas para conduta expectante, caso a medida da espessura endometrial esteja abaixo do ponto de corte, o que descartaria a possibilidade de neoplasia endometrial^(7,8,11,15, 23, 33-38). Contudo, ainda não existe uma recomendação formal estabelecida de como seguir essas pacientes^(7,23,33-36).

Além disso, 0,5 a 4,8% dos pólipos endometriais nas pacientes na pós-menopausa são malignos⁽³⁹⁻⁴⁷⁾. Portanto, o achado de pólipo endometrial na US-TV é um fator de risco para doença endometrial⁽³⁹⁻⁴⁴⁾. Mesmo assim, há divergências na literatura quanto à conduta frente a esse achado ultrassonográfico. Alguns autores recomendam a ressecção⁽⁹⁾; por outro lado, outros recomendam ressecar somente na presença de fatores de risco, sintomas ou quando o tamanho do pólipo exceder a 1 cm⁽⁸⁾.

Outra alteração que sugere investigação endometrial relaciona-se aos achados de Células Glandulares Atípicas (AGC) no exame citopatológico (CP) de colo uterino^(3,9). Embora o CP de colo uterino não seja um bom método para rastrear patologia endometrial, na presença de AGC, uma amostragem endometrial torna-se mandatória^(3,9).

Para amostragem endometrial, o padrão ouro é a

biópsia guiada por histeroscopia, principalmente para lesões focais ^(2, 28, 31, 48-50). Nas lesões que parecem acometer todo endométrio, a biópsia aspirativa no consultório ou a curetagem endometrial com dilatação cervical podem ser utilizadas com uma boa acurácia ⁽⁹⁾. No entanto, frente a uma forte suspeita de patologia endometrial, um resultado negativo sugere seguir a investigação com histeroscopia e biópsia dirigida ⁽¹¹⁾.

Aproximadamente 80% das pacientes com sangramento pós-menopausa apresentam patologias endometriais focais, as quais devem ser submetidas à histeroscopia com biópsia dirigida, já que, nesses casos, a curetagem uterina ou a biópsia aspirativa em consultório pode gerar altos índices de exames falso negativo ⁽⁷⁾.

Há também uma correlação entre hiperplasia e neoplasia endometrial. A hiperplasia é considerada uma lesão precursora do câncer de endométrio, principalmente se for complexa, e mais ainda se apresentar atipias celulares ⁽³²⁾. Um quarto das pacientes com hiperplasia endometrial com atipias irá desenvolver carcinoma endometrial endometriode ao longo de 4 anos, aproximadamente ⁽⁵¹⁻⁵²⁾. A identificação dessas lesões por amostragem endometrial alerta para um risco futuro de neoplasia, exigindo uma terapêutica e um acompanhamento diferenciado.

A sobrevida, após a identificação do câncer endometrial, depende do estágio da doença ao diagnóstico, do grau histológico e do tipo de câncer ⁽⁸⁾, ressalta-se que muitas pacientes são diagnosticadas em estágio inicial ^(1, 53). No entanto, em 35% dos casos, o diagnóstico se dá em estágios avançados, o que diminui a sobrevida da paciente ⁽⁹⁾. Os percentuais apontam para taxas de sobrevida em 5 anos para doença local, regional e metastática sendo, respectivamente, 95%, 67% e 23%; já a taxa de sobrevida global fica em torno de 86% ⁽⁵⁴⁾.

Uma discussão atual é se o rastreio de pacientes assintomáticas (sem sangramento pós-menopausa) poderia levar a um diagnóstico mais precoce, com cirurgias menos radicais e tratamentos quimioterápicos menos danosos o que, consequentemente, melhoraria o prognóstico da doença ⁽¹⁾.

O valor da ultrassonografia transvaginal como

método de rastreio em pacientes pós-menopáusicas assintomáticas também tem sido discutido ⁽¹⁾, por duas razões: (1ª) porque esse exame não é invasivo; (2ª) é de fácil execução.

Alguns fatores de risco para neoplasia endometrial foram observados, dentre eles exposição endometrial a estrogênio sem contraposição da progesterona [ciclos anovulatórios – Síndrome dos Ovários Policísticos, reposição hormonal com estrogênio isoladamente ⁽⁵⁵⁻⁵⁹⁾, uso de tamoxifeno ^(7,8,32,60-61), obesidade ^(7,8, 32, 55, 62,63), idade avançada ^(7,8, 32, 55), menopausa tardia (após 55 anos) ^(7,8, 32, 55, 64), menarca precoce ^(7,8, 32, 55, 64), nuliparidade ^(7,8, 32, 55, 64), diabetes mellitus ^(7,8, 32, 55, 64-66), hipertensão arterial sistêmica ^(7-8, 32, 55, 64-65, 67-68), tumores secretores de estrogênio ^(7-8,32,55,64,67), Síndrome de Lynch ^(7-8,32,69-70), Síndrome de Cowden ^(7-8,32,55,71-72), e história familiar de neoplasia de mama, endométrio e cólon ^(7-8, 32, 55, 73). Esses fatores de risco auxiliam na decisão de seguir ou não a investigação de doença endometrial, principalmente no caso de pacientes assintomáticas ^(8, 74-75), pois na presença de cada um deles, há um acréscimo no risco dessa doença.

Mulheres em uso de tamoxifeno, conforme mencionado, possuem um risco aumentado de patologia endometrial. No entanto, os achados ultrassonográficos nessas pacientes aumentam consideravelmente a taxa de falso positivo, já que o tamoxifeno gera uma reação endometrial proliferativa que cursa com espessamento e heterogeneidade endometrial. Portanto, tais pacientes só devem ser submetidas à investigação endometrial na presença de sangramento uterino, não devendo ser rastreadas para patologia endometrial com ultrassonografia transvaginal periódica visando avaliação endometrial (nível de evidência II-2E) ⁽⁸⁾.

Nas pacientes em uso de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), o sangramento uterino pode ocorrer e nem sempre significa patologia endometrial. Nesses casos, também não existe um ponto de corte para a espessura endometrial, pois o endométrio dessas pacientes se apresenta semelhante ao das pacientes na menacme ⁽⁸⁾. Entretanto, esse artigo não visa abordar o tema específico de investigação endometrial nas pacientes em uso de TRH.

A revisão bibliográfica em questão buscou abordar o manejo da avaliação endometrial em pacientes assintomáticas na pós-menopausa, a fim de esclarecer se existe algum benefício em diagnosticar a doença antes que ela resulte em sintomas (no caso, sangramento após a menopausa), ou seja, discutir se há recomendação em rastrear pacientes assintomáticas.

MÉTODOS

Este trabalho constitui-se em uma revisão bibliográfica acerca do manejo da avaliação endometrial em pacientes na pós-menopausa, a fim de esclarecer se existe algum benefício em diagnosticar o câncer e endometrial ou lesões precursoras antes que eles resultem em sintomas (no caso, sangramento após a menopausa), bem como discutir se há recomendação em rastrear pacientes assintomáticas.

Foram pesquisados artigos nas bases de dados Bireme, Pubmed, Scielo, Lilacs e Medline, usando os descritores *“hysteroscopy”*, *“endometrial thickness”*, *“endometrial cancer”*, *“endometrial cancer screening”*, *“asymptomatic postmenopausal women”*, *“postmenopausal bleeding”*, *“endovaginal ultrasonography”*, *“transvaginal ultrasonography”*, *“histopathology”*. A partir da pesquisa inicial, foram selecionados os artigos mais relevantes e, posteriormente, analisados. Nesse contexto, foram excluídos artigos anteriores ao ano de 2000 que não apresentavam relevância clara, além dos que se mostraram fora do contexto de pesquisa. Poucas publicações antigas foram utilizadas nessa revisão bibliográfica.

DISCUSSÃO

Por ser a neoplasia mais comum do trato ginecológico em países desenvolvidos, o câncer de endométrio é motivo de discussão, visando melhorias no manejo das pacientes acometidas por esta doença. Já é sabido que cada neoplasia maligna é classificada em

níveis de estadiamento, determinando o estágio da doença no momento do diagnóstico. O estadiamento é indispensável no manejo do paciente oncológico, pois ele determina o tratamento a ser realizado, prediz o prognóstico da doença e ainda é utilizado para avaliar a resposta ao tratamento instituído.

Outro conceito aplicável ao comportamento das neoplasias malignas em geral é que o diagnóstico da neoplasia em estágios precoces, ou até a identificação de lesões pré-malignas (antes do desenvolvimento cancerígeno), resulta em melhora no desfecho da doença, possibilitando terapêuticas menos agressivas e menos danosas ao paciente.

O câncer de endométrio, quando diagnosticado precocemente, tem altas taxas de cura ^(3-4, 9, 31-32). Baseado nisso, aventa-se a possibilidade de buscar um diagnóstico de neoplasia endometrial em estágios precoces, ou antes mesmo da neoplasia se instalar, diagnosticando lesões pré-malignas, precursoras do câncer de endométrio.

Nesse contexto, há um questionamento em como realizar um diagnóstico de patologia endometrial antes que haja qualquer sintomatologia, no caso, sangramento uterino pós-menopausa.

O rastreamento de uma patologia significa pesquisar essa doença em pacientes assintomáticos (população geral) visando à redução da morbimortalidade. Existe também a possibilidade de rastreio de uma população específica, que apresente fatores de risco de desenvolvimento da doença. Os métodos de rastreio devem ser baratos, de fácil execução, com alta sensibilidade, mas também com uma boa especificidade, a fim de se evitar um alto número de falsos positivos, além de permitirem uma redução na morbimortalidade quando aplicados.

Por mais de 50 anos, o citopatológico (CP) de colo uterino (Papanicolaou) pareceu servir de rastreio para patologias endometriais ⁽³⁾. O resultado de um CP contendo células glandulares atípicas indica a necessidade de avaliação endometrial com amostragem, a fim de uma análise histopatológica. Contudo, embora o CP possa sugerir patologia endometrial, não é um bom

método de rastreio para essa doença⁽³⁾. Em 2008, Frable et al⁽³⁾ concluíram que educar a população a consultar um ginecologista caso apresente qualquer sangramento após a menopausa é mais útil que o rastrear neoplasia endometrial com CP de colo uterino.

O rastreio da neoplasia de endométrio com amostragem endometrial também já foi proposto. Os métodos para amostragem endometrial são invasivos, podendo acarretar desfechos desfavoráveis à saúde das pacientes (dor, sangramento, infecção, perfuração uterina, riscos anestésicos)⁽⁸⁾. Portanto, esse tipo de rastreio só seria justificável no caso de uma doença altamente prevalente. Em 1981, Koss et al⁽⁷⁶⁾ coletaram amostragem endometrial de 1.280 pacientes assintomáticas acima dos 45 anos de idade, e o carcinoma endometrial foi diagnosticado em apenas 8 delas (6/1000), não justificando a realização desse tipo de rastreio. Em outro estudo, de Korhonen et al⁽⁷⁷⁾ publicado em 1997, com 2.964 pacientes peri e pós-menopausa, a biópsia endometrial revelou neoplasia em apenas 0,07% delas. Estudos baseados em necropsias mostraram uma incidência de 0,22% a 0,31% de neoplasia endometrial na população geral^(76,78). Logo, o uso da amostragem endometrial para rastreio desse câncer foi descartado.

Além disso, o rastreio por amostragem endometrial se dá de duas formas: ou pela biópsia endometrial ambulatorial (aspiração ou cureta de Pipely); ou pela dilatação e curetagem uterina. A biópsia endometrial ambulatorial tem uma taxa de falso negativo de 2 a 6%, e em 5 a 15% dos casos, o material não é suficiente para análise^(23,35). Foi estimado que a dilatação e curetagem endometrial possui uma acurácia de 77% e uma sensibilidade de 92 a 94%⁽⁹⁾, com 2 a 6% de falsos negativos⁽⁶⁾. Contudo, a curetagem uterina pode gerar falsos negativos em 50 a 85% dos casos, se a patologia endometrial for focal⁽³¹⁾, corroborando a posição de ser descartada como método de rastreio.

Com o advento da ultrassonografia transvaginal (US-TV) nas últimas décadas, esse exame também foi cogitado como um bom método de rastreio, por ser pouco invasivo e de fácil realização⁽¹⁾. No entanto, Vuento et al⁽⁷⁹⁾ realizaram um estudo no qual concluíram que a US-TV

é bastante sensível para diagnosticar doença precoce, mas pouco específico, portanto, também, não se configurou em um bom método de rastreio.

Diversas sociedades, tais como a *American Cancer Society*, a *Canadian Cancer Society*, a *American College and Obstetricians and Gynecologists* e o Instituto Nacional do Câncer no Brasil, declaram não haver evidências suficientes para recomendar o rastreio de câncer de endométrio, seja por US-TV ou por amostragem endometrial. Segundo essas entidades, o rastreio não reduz mortalidade e acarreta em um aumento de exames desnecessários, dispendiosos e com risco de complicações inerentes ao procedimento, além de não existir um método com sensibilidade e especificidade suficientes para garantir um rastreio eficiente⁽⁸⁾.

Em uma metanálise de Wolfman et al, publicada em 2010⁽⁸⁾, foram analisadas as recomendações para avaliação endometrial de pacientes assintomáticas. Os autores observaram que a incidência de espessamento endometrial (espessura endometrial maior que 0,5 cm) na pós-menopausa era maior que 17%, enquanto a incidência do câncer de endométrio naquela população era menor que 1%. Esses dados demonstram como o uso da US-TV para rastreio de câncer de endométrio em pacientes assintomáticas pode acarretar em altas taxas de exame falso positivo.

Já está bem-establishada a utilização da US-TV como primeiro método a ser empregado frente ao episódio de sangramento pós-menopausa^(4, 11, 14-15, 19-29). Embora haja divergências na literatura quanto à medida do endométrio que sirva de ponto de corte para descartar a suspeita de neoplasia maligna de endométrio, existe um consenso que valores abaixo de 0,3 – 0,5 cm possuem um risco muito baixo para a doença, permitindo uma conduta expectante^(8, 11, 13, 15, 23, 33-38).

US-TV tem sensibilidade de 97% e especificidade de 81% para identificação de alterações morfológicas endometriais, e assemelha-se à histeroscopia sem biópsia, a qual possui sensibilidade de 97% e especificidade de 88%⁽⁶⁾. Ela diminui a necessidade de investigação em 9 de cada 10 mulheres com sintomatologia⁽⁸⁰⁻⁸¹⁾. O uso da histerossonografia

pode aumentar a acurácia da US-TV, auxiliando na diferenciação das lesões focais com as que acometem todo o endométrio⁽⁸²⁻⁸⁵⁾.

Contudo, não foi possível estabelecer até então um ponto de corte de espessura endometrial para pacientes assintomáticas^(7, 31). A Sociedade de Radiologistas em Ultrassonografia declarou, em 2001, que o ponto de corte de 0,5 cm de espessura endometrial não deve ser utilizado para pacientes assintomáticas, como é utilizado para as sintomáticas. A *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* se posicionou de maneira semelhante em 2010^(23,86,23,87).

Apesar de não existir um ponto de corte definido para a espessura endometrial de pacientes assintomáticas na pós-menopausa, estudos mostram que a prevalência de câncer de endométrio na população dessas pacientes assemelha-se à prevalência do câncer de endométrio naquelas que apresentam espessura endometrial menor que 1,1 cm. Isso sugere não haver benefício em submeter as pacientes assintomáticas com endométrio entre 0,6 e 1,1 cm a procedimentos invasivos para amostragem endometrial⁽⁸⁸⁾. Contudo, o risco da existência de neoplasia não pode ser descartado, mesmo que baixo (estimado em menos de 1% no estudo de Smith-Bindman), e a conduta deve ser discutida com a paciente, levando em conta sua opinião e a presença de fatores de risco⁽⁸⁾. Alguns *guidelines* recomendam utilizar um ponto de corte para pacientes assintomáticas semelhante ao utilizado para pacientes sintomáticas⁽⁹⁾, mas isso aumenta consideravelmente o número de exames desnecessários, e como já referido, não possui embasamento científico suficiente⁽⁸⁾.

Menzies et al⁽³¹⁾ relataram em 2011 que o risco de uma paciente pós-menopausa com espessamento endometrial maior que 0,4 cm possuir um câncer de endométrio é o mesmo que o de uma com espessamento endometrial maior que 1,5 cm. Em seu estudo, 436 pacientes foram submetidas à histeroscopia: dessas, 67,4% eram sintomáticas e 32,6% assintomáticas; 77% das que sangravam, apresentavam um endométrio maior que 0,4 cm de espessura, sendo que 24% das assintomáticas exibiam espessura endometrial maior que 1,1cm. A prevalência de câncer endometrial nas

sintomáticas e assintomáticas foi de, respectivamente, 6,4% e 1,4%. Das 142 pacientes assintomáticas, apenas duas foram diagnosticadas com câncer de endométrio, e uma com hiperplasia endometrial. Os achados desse estudo foram consistentes com os estudos de Gambacciani et al e de Smith-Bindman et al, ambos relatados na sequência⁽⁷⁴⁾. Logo, concluíram ser baixa a incidência de anormalidades endometriais graves em pacientes pós-menopáusicas assintomáticas submetidas à histeroscopia por espessamento endometrial menor que 1,1 cm. Por isso, recomendam realizar biopsia endometrial nas pacientes assintomáticas somente se a espessura endometrial for maior que 1,1 cm. Reforçam que o manejo ótimo de pacientes assintomáticas, com espessura endometrial entre 0,5 e 1 cm, é desconhecido, portanto é prudente repetir a US-TV em alguns meses.

Smith-Bindman et al⁽¹⁵⁾ através de uma coorte calcularam um risco de 6,7% de neoplasia endometrial nas pacientes assintomáticas com achado de espessura endometrial maior que 1,1 cm, e de 9,3% quando essas pacientes possuíam idade superior a 70 anos. Essas taxas foram semelhantes ao risco existente de câncer endometrial em pacientes com sangramento pós-menopausa e espessura endometrial maior que 0,5 cm (risco calculado em 7,3% neste estudo). Já nos casos de pacientes assintomáticas com endométrio menor que 1,1 cm de espessura, o risco de neoplasia endometrial caiu para 0,002%. Portanto, concluíram que pacientes assintomáticas com espessura endometrial maior que 1,1 cm devem ser investigadas com biópsia endometrial.

Gambacciani et al⁽⁷⁴⁾ avaliaram 850 pacientes pós-menopausas submetidas à histeroscopia por achados ultrassonográficos alterados. Das 148 pacientes assintomáticas com endométrio maior que 0,4 cm, foram encontrados apenas um caso de adenocarcinoma de endométrio (0,7%) e nove casos de hiperplasia (6,1%). Neste estudo, 27 pacientes foram diagnosticadas com câncer de endométrio, sendo que 24 apresentavam sangramento, duas obtiveram alterações no CP de colo uterino e uma apresentou apenas espessamento endometrial. Esses autores encontraram uma taxa de 93,2% de falso positivo na US-TV para

análise endometrial.

Gerber et al ⁽⁸⁹⁾ concluíram em seu estudo que mulheres assintomáticas têm o mesmo prognóstico de mulheres sintomáticas que começaram a sangrar há menos de oito semanas do momento do diagnóstico. Para eles, o aumento no tempo de sangramento está correlacionado a estágios mais avançados do câncer e a redução no tempo de sobrevivência. Logo, a educação da população para procurar imediatamente um ginecologista, já no primeiro episódio de sangramento, seria o melhor método de rastreamento.

Um estudo multicêntrico retrospectivo, com 543 pacientes com laudo anatomopatológico de histerectomias exibindo câncer de endométrio, buscou comparar os achados das pacientes sintomáticas com os das assintomáticas. O estudo concluiu que a presença ou a ausência de sangramento não está associada ao estágio do câncer ou à idade da paciente ao diagnóstico. As pacientes assintomáticas com câncer de endométrio tiveram uma taxa significativamente maior de neoplasias bem e moderadamente diferenciadas. Ou seja, tumores pouco diferenciados mostraram uma propensão maior a ocasionar sangramento uterino anormal, em comparação aos bem-diferenciados, os quais permaneceram assintomáticos em sua maioria. Embora o grau de diferenciação celular interfira no prognóstico da doença, isso não influenciou no prognóstico das pacientes do estudo. Foi verificado, também, uma alta taxa de mulheres assintomáticas em estágios avançados da doença, classificados com II a IV pela FIGO. Assim, os autores consideraram que os dados do estudo podem corroborar com outros trabalhos, mas não foram estatisticamente suficientes para extrapolar a uma situação real de rastreamento ⁽¹⁾.

Alguns estudos evidenciaram um efeito positivo no rastreamento de câncer de endométrio. No entanto, para extrapolar esses dados para a população geral, é necessário um estudo com uma amostra volumosa de pacientes assintomáticas na pós-menopausa, algo difícil de elaborar justamente pela baixa prevalência da doença e pelo bom prognóstico manifesto na maioria dos casos ⁽¹⁾.

Mingels et al ⁽³²⁾ conduziram um estudo que

incluiu 68 mulheres, 48 na pós-menopausa e 20 na pré-menopausa, assintomáticas do ponto de vista endometrial, submetidas à histerectomia por prolapso uterino entre 2011 e 2012, em três serviços nas ilhas do Caribe. Foram realizados cortes a mais do que a rotina para avaliação anatomopatológica endometrial. Na maioria dos casos, o endométrio apresentava-se heterogêneo e muitas lesões não estavam presentes em todo endométrio. Oito peças cirúrgicas tiveram o AP alterado para patologias mais severas depois da realização de outros cortes para avaliação endometrial, além dos de costume. Em alguns casos, incluindo um de adenocarcinoma endometrial, a US-TV pré-operatória não identificou anormalidades endometriais. A doença foi mais prevalente nas pacientes de maior idade e com maior número de anos após a menopausa. A paridade também foi maior nas que apresentavam câncer endometrial. A US-TV no pré-operatório não foi capaz de distinguir entre as pacientes com e sem patologia endometrial: apenas uma paciente com câncer apresentou espessamento endometrial maior que 0,4 cm à US-TV. A incidência de patologia endometrial foi de 25%.

Poucos estudos analisaram o endométrio das mulheres assintomáticas e, os que o fizeram, encontraram uma prevalência de 5% de anormalidades endometriais. Os estudos que analisaram curetagem endometrial evidenciaram 0,6 a 4,9% de hiperplasia, 0,5 a 0,6% de hiperplasia com atipia, e 0,5% de adenocarcinoma endometrial ^(77, 90-91). Quando analisados AP de histerectomias por patologias uterinas benignas, hiperplasia é encontrada em 1,2 a 5,5%, hiperplasia atípica em 0,5 a 1,1%, e adenocarcinoma em 0,3 a 0,5% ⁽⁹²⁻⁹⁶⁾. O estudo de Mingels et al ⁽³²⁾, já referido, propôs que o uso de amostragem endometrial, tanto quanto o uso de poucos cortes na peça cirúrgica de histerectomias por patologias benignas, são motivo de subdiagnóstico em diversos estudos, levando a dados divergentes. Além disso, relatou uma heterogeneidade do endométrio, que se traduz na existência de lesões focais, as quais podem passar despercebidas com uma simples amostragem endometrial ou com poucos cortes da peça cirúrgica para análise AP. Mingels et al ⁽³²⁾ concluíram que patologia

endometrial é mais comum em pacientes assintomáticas do que se conhecia até então.

Korkmazer et al analisaram achados de 197 histeroscopias realizadas em mulheres com espessura endometrial maior que 0,5 cm e compararam os achados anatomopatológicos das biópsias das sintomáticas com as assintomáticas. A histeroscopia revelou sensibilidade de 76,4% e especificidade de 76,9% para diagnóstico de patologias endometriais, não sendo observadas lesões malignas ou pré-malignas nas pacientes com espessura endometrial menor que 0,9 cm à US-TV. Os achados histeroscópicos foram concordantes com os AP em 75,1%, dado semelhante ao do estudo de Gan et al ⁽⁹⁷⁾. Verificaram também que o endométrio pode ser heterogêneo, eventualmente possuindo patologias benignas e malignas ao mesmo tempo. Concluíram, portanto, que a histeroscopia permite identificar lesões focais, que na biópsia às cegas podem passar despercebidas.

Breijer et al ⁽⁴⁾ publicaram em 2012 uma revisão sistemática e meta-análise de estudos baseados no ponto de corte de espessura endometrial para diagnóstico de patologia endometrial maligna ou pré-maligna de pacientes assintomáticas na pós-menopausa sem uso de TRH, nas quais 11.100 mulheres foram incluídas, tendo como média da espessura endometrial, 0,29 cm. A prevalência de câncer endometrial e de hiperplasia atípica foi, respectivamente, de 0,62% e 0,59%. A sensibilidade e a especificidade da US-TV em prever neoplasia endometrial foi de 0,83% e 0,72% para um ponto de corte de 0,5 cm e 0,33%, e de 0,94% para um ponto de corte de 0,6 cm. Enfim, baseados nos resultados das pesquisas, não encontraram dados suficientes que justifiquem o uso da espessura endometrial à US-TV como rastreio de carcinoma e hiperplasia atípica endometriais em pacientes assintomáticas pós-menopausa que não usam TRH. O estudo concluiu que o risco de uma mulher pós-menopausa assintomática (sem sangramento) possuir uma neoplasia de endométrio ou hiperplasia endometrial é semelhante ao risco de uma paciente sintomática (com sangramento) com espessura endometrial menor que 0,3 cm possuir câncer de endométrio ^(23,33,37-38).

Giannella et al ⁽⁹⁸⁾ publicaram, em 2015 pré-
resultados de seu estudo, no qual foi encontrado apenas um caso de adenocarcinoma endometrial em 35 pacientes assintomáticas pós-menopausa com espessamento endometrial maior que 0,4 cm. Esse estudo avaliou 268 mulheres submetidas à histeroscopia, nas quais foram encontrados apenas quatro casos de adenocarcinoma endometrial e dois de hiperplasia atípica. Para os autores, o melhor ponto de corte para caracterizar espessamento endometrial à US-TV foi de 0,8 cm, com sensibilidade de 79% e especificidade de 92%, esclarecendo que esse ponto de corte pode reduzir exames desnecessários em até 37,4%. O primeiro caso de lesão pré-maligna encontrado foi em uma paciente com 0,9 cm de espessura endometrial e, nenhum caso de câncer foi detectado com menos de 1 cm de espessamento endometrial. Nesse contexto, espessamento endometrial maior que 1 cm à US-TV representou um risco de 6,25% de existência de patologia endometrial, o que condiz com os achados do estudo Smith-Bindmann et al ⁽³²⁾. Logo, não se mostrou ser custo efetivo usar o mesmo ponto de corte de espessamento endometrial para pacientes sintomáticas e assintomáticas. Devido à baixa incidência de malignidade na população geral, o exame acarretaria alto índice de falso positivo. Por isso, concluíram que pacientes pós-menopausa assintomáticas com espessamento endometrial menor que 1 cm tiveram um baixo risco para desenvolver patologia endometrial, devendo ser seguidas com métodos menos invasivos.

Além do espessamento endometrial evidenciado à US-TV, algumas pacientes podem apresentar projeções polipoides no endométrio, descobertas na US-TV. Evidências recentes têm sugerido que a prevalência de hiperplasia e câncer endometrial em pólipos endometriais assintomáticos pode ser alta o suficiente para garantir uma rotina de ressecção por histeroscopia ⁽⁹⁹⁾.

Segundo Lev-Sagie et al ⁽¹⁰⁰⁾ e Shushan et al ⁽⁴⁶⁾, o risco de câncer endometrial nas pacientes pós-menopausa com pólipos endometriais assintomáticos é baixo, e existe uma recomendação questionável de ressecar todos os pólipos assintomáticos. Martin-

Ondazza et al ⁽¹⁰¹⁾ identificaram 27 casos de câncer endometrial em pólipos, o que representou 1,8% de 1.492 pólipos endometriais ressecados. Nesse estudo, 74% dos casos de câncer apresentavam sangramento uterino anormal, e 22% das pacientes eram assintomáticas. Nesse grupo, a espessura endometrial variou de 0,4 a 0,33 cm, com uma média de 1,1 cm e todos os cânceres estavam em estágio 1A da FIGO.

Lieng et al ⁽⁹⁹⁾ conduziram um estudo retrospectivo de 411 pacientes assintomáticas e sintomáticas submetidas à histeroscopia e encontraram 31,4% de pólipos em pacientes assintomáticas. A prevalência de hiperplasia atípica ou malignidade foi similar em assintomáticas (3,9%) e em sintomáticas (3,2%), tendo uma taxa de complicação de 7,8%. Os autores concluíram que todos os pólipos endometriais devem ser ressecados.

Ferrazzi et al ⁽¹⁰²⁾ concluíram que diante de um achado acidental de pólipo endometrial à US em pacientes assintomáticas não há indicação de ressecção, exceto se seu tamanho for muito extenso. Já Baiocchi et al ⁽¹⁰³⁾ encontraram uma taxa de 1,3% de hiperplasia com atipia e 3,5% de câncer em 1.242 pacientes com diagnóstico de pólipo endometrial ou com espessura endometrial maior que 0,5 cm. Concluíram, ainda, que a idade e o estado pós-menopausa estão relacionados a um risco aumentado de malignidade.

Gregoriou et al ⁽¹⁰⁴⁾ identificaram uma baixa incidência de malignidade em pólipos endometriais (3,1%), e correlacionaram a obesidade, o Diabetes Mellitus, a idade maior que 60 anos e a menopausa como fatores de risco para malignidade. Em outras séries, os fatores de risco tradicionalmente conhecidos para neoplasia endometrial não se mostraram aplicáveis nos casos de pólipo endometrial, o que foi consistente com os estudos de Lieng et al e Savelli et al ^(47,99).

Outro ponto importante a ser abordado refere-se às complicações dos métodos de avaliação endometrial. Menzies et al ⁽³¹⁾ relataram uma taxa de complicações das histeroscopias de 10,3% e uma taxa de insucesso na realização do exame de 4,9%. Essas taxas são concordantes com o estudo de Shushan et al ⁽⁴⁶⁾ e Lav-

Sagie et al ⁽¹⁰⁰⁾. Lieng et al reportaram uma taxa menor de complicações (7,8%) ⁽⁹⁹⁾. A histeroscopia não é totalmente livre de risco ⁽³¹⁾, portanto, levando-se em conta a baixa incidência de câncer de endométrio em pacientes assintomáticas, o risco-benefício da histeroscopia deve ser ponderado. A decisão de realizar histeroscopia e amostragem endometrial deve ser avaliada caso a caso. Possivelmente, sérias complicações podem exceder as taxas de câncer no grupo de pacientes assintomáticas.

Portanto, não há consenso na aplicabilidade de exames de rastreio de patologias malignas ou pré-malignas de endométrio na população de pacientes pós-menopausa assintomáticas e, inclusive, não existe um método de rastreio adequado para desempenhar tal função ^(1, 4, 6, 8, 31). Rastrear essa população acarretaria em acrescentar-lhe mais riscos do que benefícios, devido à baixa incidência da doença e à manifestação de sintomatologia precoce.

CONCLUSÃO

A revisão bibliográfica em questão buscou abordar o manejo da avaliação endometrial em pacientes na pós-menopausa assintomáticas, a fim de esclarecer se existe algum benefício em diagnosticar a doença antes que essa resulte em sintomas (no caso, sangramento após a menopausa), ou seja, discutir se há recomendação em rastrear pacientes assintomáticas.

O que se verificou é que não existem dados suficientes que justifiquem o uso da ultrassonografia transvaginal – nem de nenhum outro exame – como rastreio de carcinoma e hiperplasia atípica endometriais em pacientes assintomáticas pós-menopausa. O estudo concluiu que o risco de uma mulher pós-menopausa assintomática (sem sangramento) possuir uma neoplasia de endométrio ou hiperplasia endometrial atípica é semelhante ao risco de uma paciente sintomática (com sangramento), com espessura endometrial menor que

0,3 cm (extremamente baixo).

Devido à baixa incidência dessa malignidade na população geral, a US-TV acarretaria alto índice de falso positivo, expondo as pacientes desnecessariamente a exames cujos riscos de complicações são maiores que a chance de diagnóstico da doença. Além disso, o rastreo não parece diminuir a mortalidade das pacientes acometidas pela doença, visto que o sintoma de sangramento vaginal costuma ser precoce, permitindo um bom prognóstico.

Caso haja um achado acidental de espessura endometrial ou pólipos de 0,6 a 1 cm à US-TV de uma paciente pós-menopausa assintomática, realizando o exame por outro motivo, é consenso ser baixo o risco de malignidade, e o recomendado é seguir tais pacientes com métodos menos invasivos (US-TV seriada e alertar a procurar um ginecologista imediatamente se apresentar sangramento vaginal de qualquer volume). Sugere-se considerar a presença de fatores de risco e a opinião da paciente nesta tomada de conduta. Nos casos de espessura endometrial ou pólipos acima de 1 cm à US-TV, é prudente obter uma amostragem endometrial, cujo padrão-ouro é a histeroscopia com biópsia dirigida.

Como medidas de diagnóstico precoce, a população de pacientes pós-menopausa deve ser alertada a procurar o ginecologista, imediatamente, após um episódio de sangramento vaginal em qualquer volume.

Essa revisão bibliográfica não possui conflito de interesse e não abordou o rastreo de malignidade endometrial em pacientes com síndrome de Lynch e síndrome de Cowden.

REFERÊNCIAS

1. SEEBACHER V, SCHMID M, POLTERAUER S, HEFLER-FRISCHMUTH K, LEIPOLD H, CONCIN N, REINTHALLER A AND HEFLER L. The presence of postmenopausal bleeding as prognostic parameter in patients with endometrial cancer: a retrospective multi-center study. *BMC Cancer*, 2009.
2. KORKMAZER E, SOLAK N, ÜSTÜNYURT E.

Hysteroscopic assessment of postmenopausal endometrial thickening. *Prz Menopausalny*. 2014.

3. FRABLE WJ. Screening for Endometrial Cancer?. *Cancer Cytopathology*. 2008.
4. BREIJER MC, PEETERS JAH, OPMEER BC, CLARK TJ, VERHEIJEN RHM, MOL BWJ, TIMMERMAN SA. Capacity of endometrial thickness measurement to diagnose endometrial carcinoma in asymptomatic postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012.
5. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2014.
6. DIMITRAKI M, TSIKOURAS P, BOUCLARIOTOU S, DAFIPOULOS A, LIBERIS V, MAROULIS G, TEICHMANN AT. Clinical evaluation of women with PMB. Is it always necessary an endometrial biopsy to be performed? A review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2011.
7. HSU C-H, CHEN C-P, WANG K-L. Assessment of postmenopausal bleeding. *International Journal of Gerontology*. 2008.
8. WOLFMAN W, LEYLAND N, HEYWOOD M, SINGH SS, RITTENBERG DA, SOUCYR, ALLAIRE C, AWADALLA, BEST C, DUNN S, LEROUX N, POTESIO F, SENIKAS V, WALLACE S, MENZIES R. Asymptomatic Endometrial Thickening. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)*. 2010.
9. BOHÎLȚEA RE, ANCĂR V, CIRSTOIU MM, RĂDOI V, BOHÎLȚEA LC, FURTUNESCU F. Project for the National Program of Early Diagnosis of Endometrial Cancer Part I. *Journal of Medicine and Life*, vol 8. 2015.
10. ALLARD JE, MAXWELL GL. Race disparities between black and white women in the incidence, treatment, and prognosis of endometrial cancer. *Cancer Control*. 2009.
11. MIHMANLI I, KANTARCI F. Postmenopausal Bleeding. *Ultrasound Clin*. 2008.
12. NICHOLSON WK, ELLISON SA, GRASON H, POWE NR. Patterns of ambulatory care use for gynecologic conditions: a national study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001.
13. OEHLER MK, MACKENZIE I, KEHOE S, REES MC. Assessment of abnormal bleeding in menopausal women: an update. *J Br Menopause Soc*. 2003.
14. KARLSSON B, GRANBERG S, WIKLAND M, YLOSTALO P, TORVID K, MARSAL K, VALENTIN L. Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding – a Nordic multicenter study.

Am J Obstet Gynecol. 1995.

15. SMITH-BINDMAN R, KERLIKOWSKA K, FELDSTEIN VA, SUBAK L, SCHEIDLER J, SEGAL M, BRAND R, GRACY D. Endovaginal ultra-sound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. JAMA. 1998.

16. DAVIDSON KG, DUBINSKY TJ. Ultrasonographic evaluation of the endometrium in postmenopausal vaginal bleeding. Radiol Clin North Am. 2003.

17. LIDOR A, ISMAJOVICH B, CONFINO E, et al. Histopathological findings in 226 women with postmenopausal uterine bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand. 1986.

18. REID PC, BROWN VA, FOTHERGILL DJ. Outpatient investigation of postmenopausal bleeding. Br J Obstet Gynaecol. 1993.

19. FISHER B, COSTANTINO JP, WICKERHAM DL et al. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. J Natl Cancer Inst. 2005.

20. PRENDERGAST EN, MISCH E, CHOU YA, ROSTON A, PATEL A. Insufficient endometrial biopsy results in women with abnormal uterine bleeding. Obstet Gynecol. 2014.

21. GOLDSTEIN SR, NACHTIGALL M, SNYDER JR, NACHTIGALL L. Endometrial assessment by vaginal ultrasonography before endometrial sampling in patients with postmenopausal bleeding. Am J Obstet Gynecol. 1990.

22. American College of Obstetricians and Gynecologists. The role of transvaginal ultrasonography in the evaluation of postmenopausal bleeding. ACOG Committee Opinion No. 440. Obstet Gynecol. 2009.

23. GOLDSTEIN RB, BREE RL, BENSON CB, BENACERRAF BR, BLOSS JD, CARLOS R, FLEISCHER AC, GOLDSTEIN SR, HUNT RB, KURMAN RJ, KURTZ AB, LAING FC, PARSONS AK, SMITH-BINDMAN R, WALKER J. Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologists in Ultrasound-Sponsored Consensus Conference statement. J Ultrasound Med. 2001.

24. TABOR A, WATT HC, WALD NJ. Endometrial thickness as a test for endometrial cancer in women with postmenopausal vaginal bleeding. Obstet Gynecol. 2002.

25. SMITH-BINDMAN R, WEISS E, FELDSTEIN V. How thick is too thick?. When endometrial thickness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004.

26. DUEHOLM M, MOLLER C, RYDBJERG S et al. An ultrasound algorithm for identification of endometrial cancer. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014.

27. MUNRO MG, CRITCHLEY HO, BRODER MS, FRASER IS. IFGO Working Group on Menstrual Disorders. IFGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet. 2011.

28. LIPSCOMB GH, LOPATINE SM, STOVAL TG, LING FW. A randomised comparison of the Pipelle, Accurette, and Explora endometrial sampling devices. Am J Obstet Gynecol. 1994.

29. MEDVERD JR, DUBINSKY TJ. Cost analysis model: US versus endometrial biopsy in evaluation of peri- and postmenopausal abnormal vaginal bleeding. Radiology. 2002.

30. TIMMERMANS A, OPMEER BC, KHAN KS, BACHMANN LM, EPSTEIN E, CLARK TJ, GUPTA JK, BAKOUR, SH, BOSCH T, DOORN HC, CAMERON ST, GIUSA MG, DESSOLE S, DIJKHUIZEN FPHL, RIET G, MOL BWJ. Endometrial Thickness Measurement for Detecting Endometrial Cancer in Women With Postmenopausal Bleeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. Obstet Gynecol. 2010.

31. MENZIES R, BENNETT A, JACOBSON M, WALLACE S, YIP G, ENNIS M, WOLFMAN W. Significance of Abnormal Sonographic Findings in Postmenopausal Women With and Without Bleeding. J Obstet Gynaecol. Can 2011.

32. MINGELS MJM, GEELS YP, PIJNENBORG JMA, WURFF AA, TILBORG AAG, HAM MAPC, MASSUGER LFAG, BULTEN J. Histopathologic assessment of the entire endometrium in asymptomatic women. Human Pathology. 2013.

33. EPSTEIN E. Management of postmenopausal bleeding in Sweden: a need for increased use of hydrosonography and hysteroscopy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004.

34. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of postmenopausal bleeding. 1st ed. Edinburgh (UK): Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Royal College of Physicians. 2002.

35. GULL B, KARLSSON B, MILSOM I, GRANBERG S. Can ultrasound replace dilation and curettage? A longitudinal evaluation of postmenopausal bleeding and transvaginal sonographic measurement of the endometrium as predictors of endometrial cancer. Am J Obstet Gynecol. 2003.

36. NVOG (Dutch Society of Obstetrics and Gynecology). NVOG guideline: abnormal vaginal bleeding during menopause [in Dutch]. Utrecht (Netherlands): NVOG. 2003.

37. Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology (NVOG). NVOG-richtlijn Abnormaal vaginaal bloedverlies in de menopauze [In Dutch]. NVOG Guideline: Abnormal vaginal

bleeding during menopause. NVOG. 2003.

38. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Investigation of postmenopausal bleeding. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Royal College of Physicians. 2002.

39. TJARKS M, VAN VOORHIS BJ. Treatment of endometrial polyps. *Obstet Gynecol*. 2000.

40. BAKOUR SH, KHAN KS, GUPTA JK. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000.

41. SAVELLI L, DE IACO P, SANTINI D, ROSATI F, GHI T, PIGNOTTI E, et al. Histopathological features and risk factors for benignity, hyperplasia and cancer in endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol*. 2003.

42. DOMINGUES AP, LOPES H, DIAS I, DE OLIVERA CF. Endometrial polyps in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol*. 2009.

43. ANTUNES A, COSTA-PAIVA L, ARTHUSO M, COSTA JV, PINTO-NETO AM. Endometrial polyps in pre- and postmenopausal women: factors associated with malignancy. *Maturitas*. 2007.

44. FERRAZZIE, ZUPIE, LEONE FP, SAVELLI L, OMODEI U, MOSCARINI M, et al. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2009.

45. GOLDSTEIN SR, MONTEAGUDO A, POPIOLEK D, MAYBERRY P, TIMOR-TRITSCH I. Evaluation of endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol*. 2002.

46. SHUSHAN A, PROTOPAPAS A, HART R, MAGOS AL. Diagnostic and therapeutic advantages of hysteroscopic surgery in management of intrauterine lesions in postmenopausal women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2001.

47. SAVELLI L, DE IACO P, SANTINI D, ROSATI F, GHI T, PIGNOTTI E, et al. Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol*. 2003.

48. COOPER JM, ERICKSON ML. Endometrial sampling techniques in the diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2000.

49. GIMPELSON RJ, RAPPOLD HO. A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage. A review of 276 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 1988.

50. EPSTEIN E, RAMIREZ A, SKOOG L, VALENTIN L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with post menopausal bleeding. *Acta*

Obstet Gynaecol Scand. 2001.

51. KURMAN RJ, KAMINSKI PF, NORRIS HJ. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. *Cancer*. 1985.

52. MONTGOMERY BE, DAUM GS, DUNTON CJ. Endometrial hyperplasia: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 2004.

53. ACOG practice bulletin, clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 65, August 2005: management of endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2005.

54. JEMALA, SIEGEL R, WARDE E, HAO Y, XU J, THUN MJ. *Cancer Statistics*. CA Cancer J Clin. 2008.

55. SMITH RA, VON ESCHENBACH AC, WENDER R et al. American Cancer Society Guidelines for Early Endometrial Cancer Detection. Update 2001.

56. HENDERSON BE. The cancer question: an overview of recent epidemiologic and retrospective data. *Am J Obstet Gynecol*. 1989.

57. BERAL V, BULL D, REEVES G. Million Women Study Collaborators. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2005.

58. Hardiman P, Pillay OC, Atiomo W. Polycystic ovary syndrome and endometrial carcinoma. *Lancet*. 2003.

59. GIUDICE LC. Endometrium in PCOS: Implantation and predisposition to endocrine CA. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2006.

60. IQBAL J, GINSBURG OM, WIJERATNE TD et al. Endometrial cancer and venous thromboembolism in women under age 50 who take tamoxifen for prevention of breast cancer: a systematic review. *Cancer Treat Rev*. 2012.

61. DAVIES C, GODWIN J, GRAY R et al. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2011.

62. PELLERIN GP, FINAN MA. Endometrial cancer in women 45 years of age or younger: a clinicopathological analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005.

63. FADER AN, ARriba LN, FRASURE HE, VON GRUENIGEN VE. Endometrial cancer and obesity: epidemiology, biomarkers, prevention and survivorship. *Gynecol Oncol*. 2009.

64. MCPHERSON CP, SELLERS TA, POTTER JD et al. Reproductive factors and risk of endometrial cancer. The Iowa Women's Health Study. *Am J Epidemiol*. 1996.

65. FURBERG AS, THUNE I. Metabolic abnormalities (hypertension, hyperglycemia and overweight), lifestyle (high-energy intake and physical inactivity) and endometrial cancer risk in a Norwegian cohort. *Int J Cancer*. 2003.
66. LUCENTEFORTE E, BOSETTI C, TALAMINI R, MONTELLA M, ZUCCHETTO A, PELUCCHI C, FRANCESCHI S, NEGRI E, LEVI F, LA VECCHIA C. Diabetes and endometrial cancer: effect modification by body weight, physical activity and hypertension. *Br J Cancer*. 2007.
67. WEIDERPASS E, PERSSON I, ADAMI HO, MAGNUSSON C, LINDGREN A, BARON JA. Body size in different periods of life, diabetes mellitus, hypertension, and risk of postmenopausal endometrial cancer (Sweden). *Cancer Causes Control*. 2000.
68. SOLER M, CHATENAUD L, NEGRI E, PARAZZINI F, FRANCESCHI S, LA VECCHIA C. Hypertension and hormone-related neoplasms in women. *Hypertension*. 1999.
69. KOORNSTRA JJ, MOURITS MJ, SIJMONS RH et al. Management of extracolonic tumours in patients with Lynch syndrome. *Lancet Oncol*. 2009.
70. BARROW E, ROBINSON L, ALDUAJI W et al. Cumulative lifetime incidence of extracolonic cancers in Lynch syndrome: a report of 121 families with proven mutations. *Clin Genet*. 2009.
71. RIEGERT-JOHNSON DL, GLEESON FC, ROBERTS M, THOLEN K, YOUNGBORG L, BULLOCK M, BOARDMAN LA. Cancer and Lhermitte-Duclos disease are common in Cowden syndrome patients. *Hered Cancer Clin Pract*. 2010.
72. PILARSKI R, STEPHENS JA, NOSS R, FISHER JL, PRIOR TW. Predicting PTEN mutations: an evaluation of Cowden syndrome and Bannayan-Riley-Ruvalcaba syndrome clinical features. *J Med Genet*. 2011.
73. WIN AK, REECE JC, RYAN S. Family history and risk of endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2015.
74. GAMBACCIANI M, MONTELEONE P, CIAPONI M, SACCO A, GENAZZANI AR. Clinical usefulness of endometrial screening by ultrasound in asymptomatic postmenopausal women. *Maturitas*. 2004.
75. SMITH R, VON ESCHENBACH A, WENDER R, LEVIN B, BYERS T, ROTHENBERGER D, et al.; ACS Prostate Cancer Advisory Committee, ACS Colorectal Cancer Advisory Committee, ACS Endometrial Cancer Advisory Committee. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. Also: update 2001—testing for early lung cancer detection. *CA Cancer J Clin*. 2001.
76. KOSS L, SCHREIBER K, OBERLANDER S, MAMDOUH M, HERBERT, S. Screening of asymptomatic women for endometrial cancer. *CA Cancer J Clin*. 1981.
77. KORHONEN MO, SYMONS JP, HYDE BM, ROWAN JP, WILBORN WH. Histologic classification and pathologic findings for endometrial biopsy specimens obtained from 2964 perimenopausal and postmenopausal women undergoing screening for continuous hormones as replacement therapy (CHART 2 Study). *Am J Obstet Gynecol*. 1997.
78. HORWITZ RI, HORWITZ SM, FEINSTEIN R, ROBBOY SJ. Necropsy diagnosis of endometrial cancer and detection-bias in case/control studies. *Lancet*. 1981.
79. VUENTO MH, PIRHONEN JP, MÄKINEN JI, TYRKKÖ JE, LAIPPALA PJ, GRÖNROOS M, et al. Screening for endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal women with conventional and colour Doppler sonography. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999.
80. ELSANDABESE D, GREENWOOD P. The performance of Pipelle endometrial sampling in a dedicated postmenopausal bleeding clinic. *J Obstet Gynaecol*. 2005.
81. DUBINSKY T. Value of sonography in the diagnosis of abnormal vaginal bleeding. *J Clin Ultrasound*. 2004.
82. EPSTEIN E, VALENTIN L. Gray-scale ultrasound morphology in the presence or absence of intrauterine fluid and vascularity as assessed by color Doppler for discrimination between benign and malignant endometrium in women with postmenopausal bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006.
83. EPSTEIN E, SKOOG L, ISBERG PE, DE SMET F, DE MOOR B, OLOFSSON P, GUDMUNDSSON S, VALENTIN L. An algorithm including results of gray-scale and power Doppler ultrasound examination to predict endometrial malignancy in women with postmenopausal bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002.
84. DRAGOJEVIC S et al. The role of transvaginal colour Doppler sonography in evaluation of abnormal uterine bleeding. *Arch Gynecol Obstet*. 2005.
85. KANAT-PEKTAS M, GUNGOR T, MOLLAMAHMUTOGLU L. The evaluation of endometrial tumors by transvaginal and Doppler ultrasonography. *Arch Gynecol Obstet*. 2008.
86. GOLDSTEIN SR. Modern evaluation of the endometrium. *Obstet Gynecol*. 2010.
87. WOLFMAN W, LEYLAND N, HEYWOOD M, SINGH SS, RITTENBERG DA, SOUCY R, et al.; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Asymptomatic

endometrial thickening. SOGC Clinical Practice No. 249, October 2010. J Obstet Gynaecol Can. 2010.

88. PETRU E, SEVELDA P, REINTHALLER A, DENISON U, WILDT L, LAHOUSEN M, STAUDACH A: Evaluation of the endometrium in the asymptomatic patient. Guideline of the Austrian Society of Gynecology and Obstetrics (OEGGG) and the Austrian Society of Gynecologic Oncology (AGO). Version October 2006.

89. GERBER B, KRAUSE A, MUELLER H, REIMER T, KUELZ T, KUNDT G, et al. Ultrasonographic detection of asymptomatic endometrial cancer in postmenopausal patients offers no prognostic advantage over symptomatic disease discovered by uterine bleeding. Eur J Cancer. 2001.

90. ARCHER DF, MCINTYRE-SELTMAN K, WILBORN JR WW, et al. Endometrial morphology in asymptomatic postmenopausal women. Am J Obstet Gynecol. 1991.

91. GOL K, SARACOGLU F, EKICIA, SAHIN I. Endometrial patterns and endocrinologic characteristics of asymptomatic menopausal women. Gynecol Endocrinol. 2001.

92. BONNAR J, KRASZEWSKI A, DAVIS WB. Incidental pathology at vaginal hysterectomy for genital prolapse. J Obstet Gynaecol Br Commonw. 1970.

93. FRICK AC, WALTERS MD, LARKIN KS, BARBER MD. Risk of unanticipated abnormal gynecologic pathology at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. Am J Obstet Gynecol. 2010.

94. MAHAJAN G, KOTRU M, BATRA M, GUPTA A, SHARMA S. Usefulness of histopathological examination in uterine prolapse specimens. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2011.

95. YIN H, MITTAL K. Incidental findings in uterine prolapsed specimen: frequency and implications. Int J Gynecol Pathol. 2004.

96. SALMON HA, SMITH JH, BALSITIS M. Is microscopic assessment of macroscopically normal hysterectomy

specimens necessary?. J Clin Pathol. 2002.

97. GAN DE, JAWAN RA, MOY FM. Concordance between hysteroscopic impression and endometrial histopathological diagnosis. Prev Med. 2013.

98. GIANNELLA L, et al. Asymptomatic thickened endometrium in postmenopausal women and unnecessary examinations. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. 2015.

99. LIENG M, QVIGSTADE E, SANDVIK L, JØRGENSEN H, LANGEBREKKE A, ISTRE O. Hysteroscopic resection of symptomatic and asymptomatic endometrial polyps. J Minim Invasive Gynecol. 2007.

100. LEV-SAGIE A, HAMANI Y, IMBAR T, HURWITZ A, LAVY Y. The significance of intrauterine lesions detected by ultrasound in asymptomatic postmenopausal patients. BJOG. 2005.

101. MARTIN-ONDARZA C, GIL-MORENO A, TORRES-CUESTA L, GARCÍA A, EYZAGUIRRE F, DÍAZ-FEIJOO B, et al. Endometrial cancer in polyps: a clinical study of 27 cases. Eur J Gynaecol Oncol. 2005.

102. FERRAZZI E, ZUPI E, LEONE FP, SAVELLI L, OMODEI U, MOSCARINI M, et al. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. Am J Obstet Gynecol. 2009.

103. BAIOCCHI G, MANCIN, PAZZAGLIAM, GIANNONE L, BURNELLI L, GIANNONE E, et al. Malignancy in endometrial polyps: a 12-year experience. Am J Obstet Gynecol. 2009.

104. GREGORIOU O, KONIDARIS S, VRACHNIS N, BAKALIANOU K, SALAKOS N, PAPADIAS K, et al. Clinical parameters linked with malignancy in endometrial polyps. Climacteric. 2009.

105. et al. Endometrial and endocervical micro echogenic foci: sonographic appearance with clinical and histologic correlation. J Ultrasound Med. 2005.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EM PEDIATRIA – SERIE DE CASOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUL DO BRASIL

Guillain Barré Syndrome in Pediatrics – Series of cases from a South of Brazil Hospital

Melina Roberta Rech* , Sócrates Salvador**

RESUMO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma das causas mais comuns de paralisia flácida aguda na infância. Seu diagnóstico por vezes é tardio na faixa etária pediátrica devido à variedade da apresentação clínica desta patologia. O objetivo deste estudo é demonstrar a heterogeneidade clínica desta condição e facilitar seu reconhecimento e tratamento precoce, visando diminuir morbidade e mortalidade possivelmente associadas. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 212- 218)

Descritores: Síndrome de Guillain-Barré, paralisia flácida

ABSTRACT

Guillain-Barré syndrome is the most common cause of acute flaccid paralysis in children. The diagnosis of GBS is often delayed because of its variable presentation. This review discusses the heterogeneous presentation of this disorder, its early recognition and treatment decreasing long-term morbidity and mortality that could be associated. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 212- 218)

Keywords: Guillain-Barré syndrome, flaccid paralysis

Recebido em 16/01/16 e aceito para publicação em março de 2016

*Pediatra pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Médica Residente do PRM em Neurologia Pediátrica do Hospital da Criança Conceição do GHC

**Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Neurologista Infantil pela Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil. Supervisor do PRM em Neurologia Pediátrica do Hospital da Criança Conceição do GHC

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain Barré (SGB) é uma das causas mais comuns de paralisia flácida aguda na infância ⁽¹⁾, com uma incidência de 0,6-2,4 em 100.000 ⁽²⁾. Caracterizada por fraqueza progressiva simétrica que se inicia tipicamente nas extremidades inferiores e acompanhada por hipo ou arreflexia ⁽³⁾, esta polineuropatia desmielinizante trata-se de uma doença de caráter autoimune que acomete primordialmente a mielina da porção proximal dos nervos periféricos de forma aguda/subaguda ⁽⁴⁾. Quando a progressão dos sinais e sintomas ocorre por mais de 8 semanas sugere polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica (CIDP) ⁽⁴⁾. Seu diagnóstico na área pediátrica pode ser um desafio já que é uma condição rara em crianças abaixo de 2 anos de idade ^(2,5) e muitas vezes possui apresentação e gravidade variável dos sintomas neurológicos ⁽²⁾. Sintomas como parestesias, fraqueza muscular ascendente, dor em membros inferiores, dificuldades na marcha, paralisia de nervos cranianos e instabilidade autonômica ⁽²⁾, que iniciam-se dentro de 2 à 4 semanas após doença infecciosa febril, devem gerar suspeita do diagnóstico. O líquido cefalorraquidiano demonstra aumento das proteínas com celularidade normal e o estudo eletrofisiológico auxilia não apenas na confirmação diagnóstica como também diferencia os subtipos da doença, que pode ter acometimento sensitivo, motor ou sensitivo-motor. ⁽³⁾ Relataremos aqui alguns casos de apresentação atípica com objetivo de alertar os pediatras para a variedade da apresentação clínica da Síndrome de Guillain Barré e sua dificuldade diagnóstica na pediatria.

RESUMOS DOS CASOS

Caso 1:

Menino de 5 anos encaminhado da região metropolitana de Porto Alegre com queixas de dor e fraqueza em membros inferiores progressiva de início há 8 dias, deambulando apenas com apoio e com dificuldade. História de diarreia uma semana antes do

início dos sintomas. Afebril. Atendido inicialmente no hospital de sua cidade onde realizou TC de crânio normal e líquido com 5 células e 47 proteínas. Recebeu imunoglobulina endovenosa por 2 dias por suspeita de Guillain Barre e foi encaminhado ao HCC para avaliação e manejo. Familiar referiu ausência de melhora após imunoglobulina. No exame neurológico da chegada apresentava presença de reflexos miotáticos fásicos, simetricamente, com dor importante em membros inferiores dificultando avaliação de força e marcha. Realizado eletroneuromiografia (ENMG) para complementação diagnóstica sendo, esta, compatível com polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda.

Complementado tratamento com 3 dias de imunoglobulina endovenosa 400mg/kg/dia e iniciado com gabapentina pelas queixas de dor. Paciente apresentou melhora importante após término do tratamento, conseguindo deambular sem apoio. Fornecido alta com retorno ambulatorial mantendo-se a gabapentina e orientações de realizar fisioterapia motora.

Caso 2:

Paciente masculino, 1 ano de idade, procedente do interior do estado, com história de diminuição de força em membros inferiores 4 dias após ter realizado vacina contra influenza A. Iniciou com picos febris, fraqueza de membros inferiores com evolução para membros superiores e tronco. História perinatal sem intercorrências e desenvolvimento neuropsicomotor adequado para idade. Ao exame neurológico criança encontrava-se irritada e chorosa, ventilação sem anormalidades, sem sustento cefálico e/ou de tronco, reflexos miotáticos fásicos ausentes (exceto pelo tricipital que estava diminuído), assim como reflexos cutâneo abdominal e cutâneo plantar. Solicitado ENMG até obtenção de resultados de exames realizados em sua cidade (análise de líquido e TC de crânio) e iniciado com imunoglobulina. A análise do líquido cefalorraquidiano demonstrou dissociação proteíno-citológica e a ENMG foi compatível com polirradiculoneuropatia desmielinizante aguda. Ao final dos 5 dias de uso de imunoglobulina o paciente havia apresentado melhora do

tônus axial e sustento cefálico, com melhora da força em membros inferiores, que era grau 0 na porção distal, para grau 1, e grau 1 na porção proximal, para grau 2 a direita permanecendo grau 1 a esquerda. Também apresentou melhora discreta na força distal dos membros superiores. Paciente manteve melhora gradual durante internação, sentando com apoio, porém persistindo com déficit de força distal de membros inferiores. Atualmente, em reavaliação ambulatorial após 4 meses da data de alta, engatinhando e deambulando por pouco tempo e com apoio. Apresentando melhora gradativa da força, mantendo força diminuída em porções distais de membros superiores e inferiores (grau 4 e grau 3-4, respectivamente).

Caso 3:

Menina de 11 anos, procedente de região metropolitana de Porto Alegre, com história de quedas iniciadas há 5 dias, dificuldade para deambular e perda discreta de equilíbrio. Também apresentava parestesias em membros inferiores e incontinência urinária nos últimos dias. História pregressa de paralisia facial periférica há menos de 1 mês, com uso apenas de antiinflamatório não esteroide, sem melhora. Com RM de crânio inicial, de resultado normal. Ao exame físico, apresentava paralisia facial periférica à esquerda, diminuição de força proximal dos 4 membros (graus 3-4), reflexos miotáticos fásicos presentes porém muito diminuídos, cutâneo abdominal também diminuído e cutâneo plantar flexor bilateral. Era capaz de realizar a prova de Romberg porém com dificuldade, desequilibrando para ambos lados. Realizado ENMG sendo o resultado compatível com polineuropatia sensitiva e motora com padrão desmielinizante, confirmando o diagnóstico de SGB tipo AMSAN (acute motor-sensory axonal neuropathy). Iniciado com imunoglobulina, paciente persistiu com queixas de dor importante na internação melhorando após início de gabapentina. Apresentou boa resposta ao tratamento, tendo alta hospitalar e deambulando sem apoio.

Caso 4:

Paciente do sexo feminino, 11 anos de idade,

encaminhada do Hospital Cristo Redentor para investigação de fraqueza de membros inferiores associados a dor e parestesias, com 6 meses de evolução. Relato inicial da família de piora dos sintomas de perda de força e dificuldade para caminhar, neste período. Paciente deambulando apenas com apoio. Já havia sido investigada anteriormente por diversas especialidades médicas entre elas ortopedia e reumatologia. Com TC de crânio e coluna sem anormalidades. ENMG com grave disfunção acometendo raízes motoras lombossacras nos miótomos de L5-S1 bilaterais, associado a sinais desnervatórios atuais. Líquor anterior com 4 células, 81 proteínas e glicorraquia de 62. No momento da avaliação apresentava queixas de dificuldade para enxergar, borramento visual e perda urinária eventual, que não estavam presentes no início do quadro e, ao exame clínico, apresentava diminuição da força em porção distal de membros inferiores (grau 3), assim como diminuição de reflexos bilateralmente.

Realizado triagem inicial com sorologias, fator reumatoide e fator antinuclear negativos. Também complementado investigação com RM de crânio, normal, e de coluna, com impregnação de contraste no trajeto das raízes ventrais da cauda equina. Repetida análise de líquido com persistência da dissociação proteino-citológica (1 célula, 60 hemáceas, predomínio de linfócitos, proteínas: 99, glicose: 71).

A criança não apresentou piora dos sintomas e/ou sinais clínicos durante período de internação, teve avaliação oftalmológica normal e ENMG de membros superiores também normal. Recebeu alta hospitalar com hipótese diagnóstica de polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica (CIDP) e impressão de que a piora dos sintomas relatada estava ligada a sequelas (ex: tinha retração tendinea poplíteia) e não à progressão da doença. Em seu retorno ambulatorial, um mês após data de alta, estava bem, referindo melhora da deambulação e da força em membro inferior esquerdo. Permanecia sem perda de força em membros superiores e sem queixas de parestesias. No exame físico, a força proximal em membros inferiores era de grau 4-5, distal à esquerda, grau 2 e à direita, grau 1. Não foram obtidos os reflexos

aquileus nem os patelares, mas estavam presentes reflexo cutâneo abdominal e cutâneo plantar (estes diminuídos). A sensibilidade tátil estava preservada bilateralmente, especialmente em topografia de S1 à esquerda. Tanto a sensibilidade vibratória quanto a propriocepção estavam preservadas.

DISCUSSÃO

Apesar de ser uma das causas mais comuns de paralisia flácida aguda infantil a SGB tem uma incidência de 0,6-2,4 por 100.000 casos. A literatura aponta para uma leve incidência maior no sexo masculino ^(3,6,7), podendo ocorrer tanto na idade adulta quanto na infância ⁽⁸⁾, sendo rara abaixo dos 2 anos de idade ^(2,5). Acredita-se que a fisiopatologia da doença está associada a uma reação imunológica exagerada, através da ativação de células B e T e produção de anticorpos que agem contra proteínas antigênicas presente em nervos periféricos. Alguns agentes causadores de doenças infecciosas como *Campylobacter jejuni*, citomegalovírus (CMV), Epstein-Baar vírus (EBV) e *Mycoplasma pneumoniae* foram relacionados como agentes deflagradores ⁽⁹⁾. Estudos recentes tem mostrado associação entre a vacina contra influenza A(H1N1) e a SGB ^(10,11), como visto no caso 2. Sabe-se que a maioria dos anticorpos agem contra proteínas mielínicas, no entanto, alguns casos podem ter como lesão inicial a lesão axonal.

A apresentação clínica típica de paresia simétrica ascendente, de predomínio distal, acompanhada por arreflexia seguindo-se a uma infecção viral sugere fortemente o diagnóstico ⁽⁹⁾. Os sintomas geralmente têm seu pico na quarta semana de evolução da doença onde atingem um *plateau* antes da sua resolução ⁽¹²⁾. Dor é um dos sintomas mais comuns na população pediátrica estando presente em pelo menos 50% dos casos ⁽¹⁰⁾ e também foi ilustrado no caso 1 relatado acima, como sintoma predominante. Também podem haver queixas de fadiga, irritabilidade e recusa para deambular, muito comum na faixa etária infantil. Geralmente a evolução na população pediátrica é mais favorável que em adultos, mas o prognóstico pode ser

ruim se houver atraso diagnóstico ⁽⁵⁾.

A SGB pode apresentar variantes clínicas, entre elas a polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda (AIDP), neuropatia axonal motora aguda (AMAN), neuropatia axonal motora e sensitiva aguda (AMSAN) e a síndrome de Miller Fisher, composta pela tríade ataxia, oftalmoplegia e arreflexia ⁽¹³⁾. A variedade AMAN afeta apenas nervos motores e geralmente tem bom prognóstico, assim como AIDP. Esta, por sinal é a variante mais comum nas populações ocidentais, somando mais de 75% dos casos. Sua fisiopatologia está relacionada a uma resposta imunológica aguda mediada por células T às células de Schwann e epítomos da mielina em gânglios espinhais e nervos periféricos ⁽¹⁰⁾. A forma AMSAN envolve nervos sensitivos, geralmente é mais severa e tem maior período de recuperação ⁽¹³⁾.

Há um número crescente de casos de apresentação atípica na pediatria sendo relatados recentemente. Já foram relatados casos com preservação dos reflexos miotáticos e alguns, mais raros, de hiperreflexia, geralmente na variante AMAN ⁽¹⁰⁾. Irritação meníngea também já foi descrita como parte da apresentação clínica na SGB ^(14,11). Manifestações autonômicas como instabilidade da pressão arterial, taquicardia sinusal, sudorese e reações pupilares inadequadas são comuns e frequentemente não reconhecidas na pediatria. Essas alterações autonômicas juntamente com a incontinência urinária são mais comuns nas formas atípicas ⁽¹⁰⁾. Encontramos algumas peculiaridades nos casos relatados acima como o diagnóstico da SGB em uma criança de 1 ano de idade, seguindo-se a vacina contra influenza A; dor como manifestação principal, com presença de reflexos miotáticos fascicos simétricos no caso 2; SGB tipo AMSAN acompanhada de paralisia facial no caso 3 e até um caso de CIDP em criança de 11 anos de idade, descrito no caso 4.

Além de história sugestiva e exame clínico detalhado, análise do líquido cefalorraquidiano, estudo eletrofisiológico e neuroimagem também contribuem o objetivo de diagnóstico precoce. Entre os critérios essenciais para o diagnóstico incluem-se a fraqueza progressiva de mais de um membro ou de músculos cranianos de graus variáveis, desde paresia leve até plegia e hipo/arreflexia distal com graus variáveis de hiporreflexia proximal.

Alguns critérios clínicos sugestivos para SGB incluem progressão dos sintomas ao longo de 4 semanas, relativa simetria de paresia de membros, sinais sensitivos leves-moderados, envolvimento de nervos cranianos, especialmente fraqueza bilateral dos músculos faciais, dor, disfunção autonômica e ausência de febre no início do quadro.⁽⁴⁾

Entre as alterações líquóricas a alta concentração de proteínas com presença de menos de 10 células/mm³ (dissociação proteíno-citológica)⁽¹⁵⁾ é o achado mais característico, evidente em até 80% dos pacientes após a segunda semana. Em até 1/3 dos casos a proteinorraquia pode ser normal na primeira semana. Caso o número de linfócitos no líquido exceda 10 células/mm³ deve-se suspeitar de outras causas de polineuropatia como sarcoidose, carcinomatose leptomeningea, polirradiculite por CMV e/ou infecção pelo vírus HIV.⁽⁷⁾

O diagnóstico eletrofisiológico foi utilizado em todos os casos descritos aqui e é melhor realizado após a primeira semana do início dos sintomas quando as alterações são mais evidentes e melhor estabelecidas.⁽⁴⁾ Entre os marcos eletrofisiológicos da desmielinização encontram-se as latências distais prolongadas, lentificação da velocidade de condução, dispersão temporal, bloqueio de condução e latências da onda-F prolongadas, todos estes parâmetros geralmente simétricos e multifocais. Na neurocondução sensitiva, cerca de 40-60% dos pacientes demonstrarão anormalidades tanto na velocidade de condução quanto na amplitude de vários potenciais de neurocondução sensitiva. Podem se passar até 4-6 semanas para que alterações destes potenciais sejam facilmente detectadas.⁽⁴⁾

A imagem de neuroeixo contrastada pode ajudar na suspeita de SGB demonstrando captação de contraste nas raízes dos nervos periféricos e cauda equina, presente em até 95% das crianças. No entanto, é uma alteração inespecífica e pode estar presente em outras neuropatias inflamatórias.

Pesquisa de anticorpos antigangliosídeo pode estar presente em 50% dos casos com SGB e pode ser útil no diagnóstico.⁽¹⁰⁾ Não foi utilizado em nenhum dos casos relatados.

Entre os diagnósticos diferenciais da SGB

encontram-se patologias desmielinizantes inflamatórias pós-infecciosas como a mielite transversa e a encefalo-mielite disseminada aguda (ADEM). Outras causas importantes de polineuropatia aguda são as causas infecciosas, paraneoplásicas, autoimunes, tóxicas e metabólicas.⁽⁴⁾

Quanto ao manejo da doença, além de monitorar possíveis complicações respiratórias e autonômicas, o manejo da dor e a prevenção de complicações por imobilização devem ser incluídas. Tanto a imunoglobulina humana (IGIV) quanto a plasmaférese parecem diminuir o tempo de internação na doença e estão relacionados a melhor recuperação da capacidade de deambular sem auxílio. Há uma certa preferência à IGIV na pediatria pela sua maior facilidade de administração, e esta foi a escolha em 3 dos 4 casos aqui descritos, mas ambas terapias parecem ser eficazes quando iniciadas em até 2 semanas do início dos sintomas^(10/16). Plasmaférese é considerado eficaz e é bem tolerado em crianças acima de 10kg.⁽¹⁰⁾ Para a correta indicação do tratamento faz-se necessária a determinação da gravidade clínica, já que não existem evidências de que a imunoglobulina (IGIV) seja benéfica nos casos leves da doença. Esta, foi proposta por Hughes e cols., sendo considerada doença leve de 0-2 e moderada-grave de 3-6:⁽⁴⁾

Quadro 1- Classificação de Hughes para graus de gravidade clínica

0-saudável

1-sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de realizar tarefas manuais

2-apto a caminhar sem auxílio da bengala, mas incapaz de realizar tarefas manuais

3-capaz de caminhar somente com bengala ou suporte

4-confinado a cama ou cadeira de rodas

5-necessita de ventilação assistida

6-morte

Desta forma, o uso de IGIV é recomendado para todos os pacientes com critérios diagnósticos estabelecidos de SGB em estagio moderado-grave no período de 2-3 semanas após o início dos sintomas.^(4,11)

CONCLUSÃO

A evolução da SGB em crianças, conforme já citado anteriormente, costuma ser mais favorável que na população adulta⁽¹⁷⁾; até 60% das crianças tornam-se não deambulantes durante a doença, aproximadamente 15-20% necessitam ventilação mecânica de suporte durante fase aguda e a taxa de mortalidade na população infantil fica entre 3-5%^(10,18). Geralmente a forma AIDP tem recuperação mais rápida que a variante AMAN e/ou AMSAN.⁽¹⁰⁾

Apesar de nenhum dos casos relatados aqui terem necessitado de suporte ventilatório e o prognóstico, para pacientes que fazem uso do mesmo, ser bom, esta é uma situação de emergência associada à morbidades. Complicações associadas a este quadro incluem necessidade de ventilação mecânica prolongada, infecções pulmonares, trombozes venosas, arritmias e hemorragia do trato gastrointestinal, fazendo do reconhecimento e tratamento precoce desta patologia fator determinante no prognóstico.⁽¹⁶⁾ A maioria dos casos relatados aqui recebeu imunoglobulina como tratamento e, apenas um dos casos, não preencheu os critérios para indicação do seu uso. Todos apresentaram melhora clínica gradual significativa durante seguimento. O objetivo principal desta revisão é a de alertar os profissionais envolvidos no atendimento pediátrico sobre a importância da familiarização com a SGB e suas variáveis clínicas, já que o reconhecimento e a antecipação das potenciais complicações são necessárias para a otimização das chances de um desfecho favorável.

REFERENCIAS

- 1.SOO LEE K., HOON HAN S. Acute Motor Axonal Neuropathy in a Child with Atypical Presentation. *Medicine* 94 (3): e392
- 2.K. ORLIK, G.D. GRIFFIN. Guillain-Barre in a 10-month-old : diagnostic challenges in a pediatric emergency. *American Journal of Emergency Medicine* 32 (2014) 110.e5-110.e6

- 3.PEÑA L, MORENO CB, GUTIERREZ-ALVAREZ AM. Manejo del dolor en el síndrome de Guillain-Barre. *Revision sistemática. Neurologia*. 2015;30:433-438.
- 4.SCHESTASKY P., TORRES VF., MOREIRA LB. Et al. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Síndrome de Guillain –Barre. Portaria SAS/MS n497, de 23 de dezembro de 2009.
- 5.BLOCH SCOTT A., AKHAVAN M., AVARELLO J. Weakness and the Inability to Ambulate in a 14-month-old Female: a case Report and Concise Review of Guillain-Barre Syndrome. *Case Reports in Emergency Medicine*. Volume 2013, Article ID 953612.
- 6.ELDAR ADI H., CHAPMAN J. Guillain Barre Syndrome and other immune mediated neuropathies: Diagnosis and classification. *Autoimmunity Reviews* 13 (2014) 525-530.
- 7.DIMACHKIE MAZEN M., BAROHN RICHARD J. Guillain-Barre Syndrome and Variants. *Neurol Clin* 31 (2013) 491-510
- 8.DRORY VIVIAN E., BRONIPOLSKY T., BLUVSHTEIN V., CATZ A., KORCZYN AMOS D. Occurrence of fatigue over 20 years after recovery from Guillain-Barre Syndrome. *Journal of the Neurological Sciences* 316 (2012) 72-75.
- 9.VASCONCELOS A., ABECASIS F., MONTEIRO R. et al. A 3-month-old baby with H1N1 and Guillain-Barre Syndrome. *BMJ Case Reports* 2012;doi:10.1136/bcr.12.2011.5462
- 10.RYAN M. Pediatric Guillain-Barre syndrome. *Current Opinion Pediatric* 2013, 25:689-693.
- 11.KOPYTKO D., KOWALSKI PIOTR M. Guillain-Barre Syndrome – Literature overview. *Polish Annals of Medicine* 21 (2014) 158-161
- 12.WALLING ANNE D., DICKSON G. Guillain-Barre Syndrome. *American Family Physician website*. Volume 87, number 3, February 1, 2013.
- 13.GROSSO S., VERROTTI A., TEI M., CORNACCHIONE S., GIANNINI F., BALESTRI P. Recurrent Miller Fisher Syndrome in Children. *Pediatric Neurology* 50 (2014) 269-271
- 14.ASHIKARI Y., SATORU K., AKARI T. et al. A case of Guillain-Barre Syndrome with meningeal irritation. *Brain Dev* (2015) <http://dx.doi.org/10.1016/j.braindev.2015.06.001>
- 15.YADEGARI S., KAZEMI N., NAFISSI S. Clinical and electrophysiological features of Guillain-Barre Syndrome. *Journal of Clinical Neuroscience* 21 (2014) 1554-1557.
- 16.HU M., CHEN C., LIN K. et al. Risk Factors of Respiratory Failure in Children with Guillain-Barre Syndrome. *Pediatrics and Neonatology* (2012) 53, 295-299.
- 17.VAJSAR J., FEHLINGS D., STEPHENS D. Long-Term Outcome in Children with Guillain-Barre Syndrome. *J Pediatr*

2003;142:305-9.

18.KUMAR M., AROOR S., MUNDKUR S., KUMAR S.
Guillain-Barre Syndrome: A Clinical Study of Twenty
Children. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015,
jan, Vol-9 (1): SC09-SC12.

FÍSTULA VÉSICO-UTERINA COMO UMA COMPLICAÇÃO DO PARTO A FÓRCEPS – RELATO DE CASO

Vesicouterine Fistula as a Complication of Forceps Delivery- a case report

Leo Francisco Limberger*, Vinícius Alberto Dall Bosco**

RESUMO

A fistula vésico-uterina é uma comunicação anormal entre a bexiga e o útero. Apesar de a apresentação clínica ser variada, classicamente é descrita por uma tríade composta por hematúria cíclica, amenorreia e perda urinária pela vagina; sendo esta última o sinal clínico mais importante. Sua principal causa é a cesariana de segmento inferior e são raros os casos descritos da ocorrência pós-parto vaginal.

Relatamos nossa experiência sobre um caso raro de fistula vésico-uterina como complicação de um parto a fórceps. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 219-224)

Descritores: Fístula Vésico-Uterina. Pós-Parto. Parto Vaginal. Incontinência Urinária.

ABSTRACT

The vesicouterine fistula is an abnormal connection between the bladder and the uterus. Although there are variations in its clinical presentation, it is usually described by a triad consisting of cyclic hematuria, amenorrhea and *vaginal leakage of urine*, being the latter the most important clinical sign. Its main cause is the lower segment caesarean section, and post-vaginal birth occurrences are rarely described.

We report our experience of an unusual case of vesicouterine fistula as a complication of forceps delivery. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 219-224)

Keywords: Vesicouterine fistula. Postpartum. Vaginal birth. Urinary incontinence.

Recebido em 02/12/15 e aceito para publicação em março de 2016

*Preceptor do Serviço de Ginecologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre

**Médico Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre

INTRODUÇÃO

As fistulas urogenitais estão entre as complicações mais angustiantes encontradas no campo da ginecologia e obstetrícia.

A fistula vésico-uterina é um pertuito anormal entre a bexiga e o útero. Dentre as fistulas urogenitais, é a complicação menos comum, representando entre 1-4%^(1, 2).

Em geral, as fistulas vésico-uterinas são secundárias a procedimentos obstétricos e ginecológicos, sendo o parto cesáreo de segmento inferior, em especial aquele que ocorre em caráter de emergência, a principal causa⁽³⁾.

Na literatura médica, são raros os casos descritos de fistula vésico-uterina pós-parto vaginal⁽⁴⁾, e muitos destes possuem história de parto cesáreo prévio⁽⁵⁾.

Será relatado aqui um caso raro de fistula vésico-uterina ocorrida após parto vaginal instrumentado a fórceps em uma paciente com histórico de parto cesáreo prévio.

RELATO DE CASO

Paciente de 35 anos, caucasiana, previamente hígida, com 35 semanas de gestação e portadora de diabetes gestacional, internou por diagnóstico de morte fetal intrauterina e ruprema. Evolui, quatro horas após, com parto vaginal distócico instrumentado a fórceps, concepto masculino pesando 3.280g.

Seus antecedentes mórbidos eram um parto vaginal há 14 anos, um parto cesáreo há onze anos e uma gestação ectópica com salpingectomia direita há quatro anos.

No sétimo dia de puerpério incorreu com incontinência urinária e eliminação de urina através da vagina.

A investigação constou de uretrocistografia, que visualizou extravasamento de contraste pela parede vesical posterior com opacificação da cavidade uterina (Figura 1).

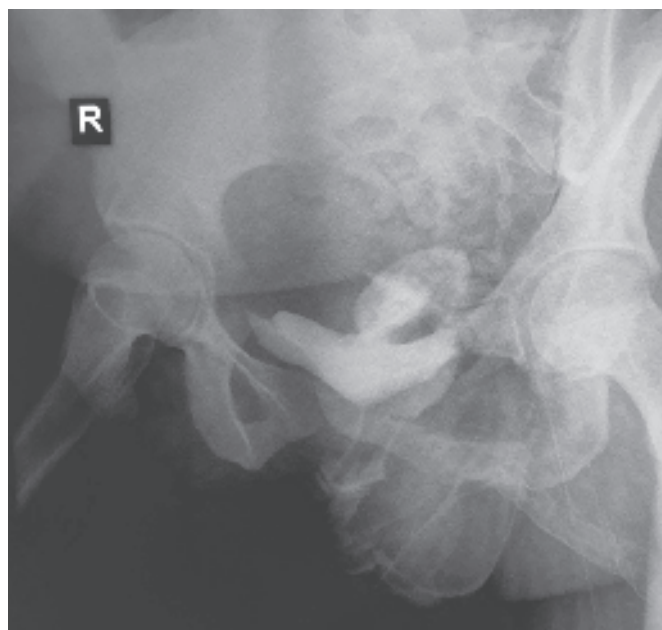


Figura 1 - Uretrocistografia com opacificação da cavidade uterina

Através de cistoscopia, identificou-se fistula retrotrigonal com eliminação de azul de patente através do colo uterino, compatível com diagnóstico de fistula vésico-uterina.

O tratamento constou de abordagem cirúrgica por laparotomia com incisão de Pfannestiel, lise de aderências de epíplon junto à parede anterior; dissecação com liberação da bexiga do colo uterino, por via transperitoneal. Localizada a fistula na face anterior do segmento inferior do corpo uterino. Excisou-se completamente o trajeto fistuloso. A reconstrução vesical realizou-se com fio catgut cromado 3.0 e sobresutura com fio PDS 3.0. Testou-se a sutura com instilação de azul patente intravesical, não sendo observado extravasamento. A sutura da laceração uterina fez-se com fio PDS 2.0. Concluiu-se com uma interposição de epíplon às duas áreas de sutura. O fechamento da laparotomia foi realizada por planos de forma convencional. Manteve-se drenagem do espaço pré-vesical com dreno Penrose e cateterismo vesical com sonda Foley número 18.

A paciente evoluiu sem complicações, sendo retirado o dreno Penrose no quinto dia; no sexto pós-

operatório recebeu alta hospitalar com manutenção do cateter vesical (Foley) e plano de seguimento ambulatorial.

No 14º de pós-operatório, em consulta ambulatorial, apresentava exame físico dentro da normalidade, sendo retirada a sonda vesical.

Paciente segue urinando espontaneamente, sem queixas de perda urinária ou hematúria.

DISCUSSÃO

Estima-se que entre dois e três milhões de mulheres ao redor do mundo vivam com fístula obstétrica⁽⁶⁾, sendo que anualmente surgem aproximadamente 50.000 a 100.000 novos casos. Grande parte delas vive em países africanos e asiáticos⁽⁷⁾.

Os primeiros relatos médicos datam da segunda metade do século XIX e início do século XX⁽⁸⁻¹¹⁾.

Poucos casos de fístula vésico-uterina foram relatados antes de 1950. Em uma revisão abrangente de artigos publicados entre 1908 e 1986, Tancer, encontrou 92 casos; destes, apenas 18 casos relatados de 1908 até 1946⁽³⁾.

A principal causa da fístula vésico-uterina é o parto cesáreo de segmento inferior. As causas menos frequentes incluem aborto induzido, curetagem uterina, parto vaginal com história de cesariana prévia, parto a fórceps, dispositivo intra-uterino, miomectomia, embolização das artérias uterinas, carcinoma do colo do útero e braquiterapia⁽³⁾.

Youssef, em 1957, frente a um caso de fístula vésico-uterina pós-cesareana, descreveu uma síndrome que posteriormente levaria seu nome, caracterizada pela tríade: hematúria cíclica (a qual foi designada de menúria), amenorreia e incontinência urinária completa. Também podem ser observados história de infecção urinária de repetição, infertilidade secundária e abortamentos de primeiro trimestre⁽¹²⁾.

Frente a suspeita clínica, a confirmação diagnóstica de uma fístula vésico-uterina pode ser um desafio. O teste com corantes instilado na cavidade

vesical pode confirmar a fístula; contudo, é limitado por não identificar diretamente o trajeto e a localização específica da fístula. Além disso, esse teste pode ser negativo em pacientes com fístula de trajeto longo e tortuoso⁽¹³⁾.

Os recursos diagnósticos de imagem são essenciais na caracterização da fístula e no planejamento terapêutico. Tipicamente, a uretrocistografia é a modalidade de imagem mais utilizada devido a sua relação acurácia / baixo custo. A cistoscopia é um método invasivo útil para avaliar a relação com o trigono vesical, pois o conhecimento da proximidade da fístula com os orifícios ureterais é importante para o planejamento cirúrgico⁽¹³⁾.

Embora as fístulas sejam difíceis de diagnosticar usando a ultrassonografia, Park et al.⁽¹⁴⁾ relataram que este exame pode demonstrar o trajeto da lesão como linhas duplas ecogênicas entre o endométrio da parede anterior do corpo uterino e da camada mucosa da parede posterior da bexiga.

Técnicas de imagem transversais, tais como, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, desempenham um papel cada vez mais importante e são frequentemente utilizadas em casos complicados.

Estudos sugerem que a ressonância nuclear magnética pélvica é uma modalidade de imagem, não invasiva, com qualidade superior às demais, podendo alcançar uma acurácia de 100%. Essa modalidade pode delinear claramente a fístula e sua relação com a bexiga e útero, por causa de diferenças na intensidade da fístula e do útero^(15,16).

A cistografia tomográfica *multislice* é uma técnica conhecida que combina a já estabelecida cistografia retrógrada com a alta resolução espacial da tomografia de múltiplos detectores. Com o desenvolvimento e a utilização emergente da tomografia computadorizada na prática clínica, na última década, essa metodologia demonstrou-se sensível e específica na detecção e delimitação anatômica exata das fístulas urogenitais. Sua principal vantagem é a resolução espacial e dinâmica de imagem. A reconstrução de imagens em 2D e 3D, bem como as diferentes projeções de intensidade permi-

tem a avaliação detalhada e altamente precisa de trajetos fistulosos. Considerando essas qualidades, os baixos custos e a disponibilidade, quando comparada com a ressonância magnética, tornam este o método de escolha na avaliação das fístulas vésico-uterinas⁽¹⁷⁾.

A cirurgia é o tratamento definitivo e mais eficaz para a fístula vésico-uterina, porém estudos recentes têm demonstrado que, em alguns casos selecionados, a abordagem clínica é uma alternativa viável. O tratamento conservador, indicado para pequenas fístulas recentes e de baixo débito, consiste no cateterismo vesical durante quatro a seis semanas associado a um método hormonal (contraceptivos orais, agentes progestogênicos ou análogos da hormônio libertador de gonadotrofina), com intuito de induzir amenorreia, para permitir a redução no débito da fístula e possibilitar sua cicatrização⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Tarhan e colaboradores⁽²¹⁾ sugerem que a fulguração da fístula, através de cistoscopia, é um tratamento adjuvante eficaz na abordagem conservadora de pequenas fístulas vésico-uterinas.

Quando o tratamento conservador não é indicado, ou não foi eficaz, faz-se necessária a abordagem cirúrgica. A técnica transabdominal mais utilizada é a de *O'Connor*, via transperitoneal-transvesical. Os princípios básicos dessa técnica cirúrgica consistem em excisão da fístula e reparação de porções excisadas da bexiga e útero. Em seguida, uma porção de tecido vascularizado de suporte é interposta entre a bexiga e o útero. Classicamente se preconiza um tempo de espera e maturação de três a seis meses, porém as séries mais recentemente publicadas incluem vários casos de correção precoce, com a mesma probabilidade de sucesso⁽²²⁻²⁴⁾.

Nos últimos anos, os métodos minimamente invasivos têm sido relatados para correção da fístula vésico-uterina incluindo laparoscópica, robótica e cirurgia laparoscópica de porta única. Estes métodos oferecem vantagens potenciais, tais como, melhor visualização, diminuição da perda sanguínea, redução da dissecação circunferencial em torno do trato fistuloso, recuperação mais rápida e melhores resultados estéticos⁽²⁵⁻³¹⁾.

Atualmente, estudos têm demonstrado que o tempo de cateterismo vesical pós-correção cirúrgica

possa ser inferior a 14 dias. Um período de sete a dez dias de cateterismo vesical apresenta resultados semelhantes com impacto significativo na redução nas taxas de infecção e custos⁽³²⁻³⁴⁾.

Após a correção da fístula vésico-uterina, as pacientes tendem a manter a fertilidade, embora carreguem um risco potencial de recorrência em gestações futuras^(23,35).

Poucos estudos avaliaram as consequências sociais, econômicas e psicológicas dessa patologia. A sexualidade é frequentemente afetada, acarretando em prejuízos nas relações conjugais. Como consequência, essas mulheres podem ficar estigmatizadas e isoladas dos seus parceiros, familiares e amigos; experimentando sentimentos intensos de autoaversão, vergonha e depressão. Esses sentimentos podem afetar o desempenho individual de atividades diárias, piorar as relações interpessoais e, até mesmo, levar a autonegligência e ideias suicidas^(36,37).

Infelizmente, a grande maioria das pacientes acometidas não tem acesso a cuidados médicos ou a quaisquer serviços sociais. Tratamento, aconselhamento, apoio social e reabilitação poderiam melhorar significativamente a saúde física, mental e social dessas mulheres.

CONCLUSÃO

A fístula vésico-uterina é uma complicação rara, porém esse diagnóstico deve sempre ser considerado nos quadros de incontinência urinária no puerpério de pacientes submetidas a parto vaginal instrumentado a fórceps. O diagnóstico, mesmo em hospitais sem muitos recursos de imagens, pode ser estabelecido pela instilação de corantes intravesicais e observada sua eliminação via vaginal. A cistoscopia, apesar de invasiva, é fundamental para estudarmos a relação com o trigonovesical. Os métodos de imagem transversais desempenham um papel cada vez mais importante no diagnóstico e planejamento cirúrgico. A cirurgia com rafia dos dois pertuitos fistulosos e interposição de tecido vascularizado (epíplon ou

peritônio) com drenagem da cavidade e cateterismo vesical mantido demonstram-se eficazes no tratamento.

REFERÊNCIAS

1. ILOABACHIE GC, NJOKU O. Vesico-uterine fistula. *Br J Urol.*, 1985;57(4):438-9.
2. KRYSIEWICZ S, AUH YH, KAZAM E. Vesicouterine fistula associated with placenta percreta. *Urol Radiol.*, 1988;10(4):213-5.
3. TANCER ML. Vesicouterine fistula—a review. *Obstet Gynecol Surv.*, 1986;41(12):743-53.
4. NOUIRA Y, FEKI W, RHOUMA SB, SALAH IB, HORCHANI A. Vesicouterine fistula as a complication of forceps delivery: a case report. *nt Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.*, 2005;16(6):512-4.
5. MIKLOS JR, SZE E, PAROBECK D, KARRAM MM. □ Rare complication of vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol.*, 1995;86:638-9.
6. WALL LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet*, 2006; 368(9542):1201-9.
7. Columbia University. Second meeting of the working group for the prevention and treatment of obstetric fistula. November 2002, Addis Ababa.
8. SIMS JM. On the treatment of vesico-vaginal fistula. *Am J Med Sci.*, 1852;23(1):59-82. □
9. LANE JR. On vesico-uterine fistula. Case in which pregnancy occurred after closure of the os uteri by operation. *Lancet*, 1864:207-8.
10. DUNCAN W. A case of vesico-uterine fistula; closure by turning cervical canal into bladder; subsequent oophorectomy. *Lancet*. 1898,151(6):1617-8.
11. KNIPE WHW. Vesico-uterine fistula. *Am J Obstet Gynecol.*, 1908;57:211-7.
12. KARALTIMO, TINAR Ş, ÖZTÜRK NT, ÖZTEKIN DC. A case with vesicouterine fistula: Mini review. *Arch Gynecol Obstet.*, 2012;285(3):667-70. □
13. YOUSSEF AF. Menouria following lower segment caesarean section: a syndrome. *Am J Obstet Gynecol.*, 1957;73(4):759-67.
14. PARK BK, KIM SH, CHO JY, SIM JS, SEONG CK. Vesicouterine fistula after cesarean section: ultrasonographic findings in two cases. *J Ultrasound Med.*, 1999;18(6):441-3.
15. SHANMUGASUNDARAM R, GOPALAKRISHNAN G, KEKRE NS. Youssef's syndrome: Is there a better way to diagnose? *Indian J Urol.*, 2008;24(2):269-70.
16. ABOU-EL-GHAR ME, EL-ASSMY AM, REFAI HF, EL-DIASTY TA. Radiological diagnosis of vesicouterine fistula: role of magnetic resonance imaging. *J Magn Reson Imaging*, 2012;36(2):438-42.
17. BOTSİKAS D, CAVIEZEL A, BECKER CD, MONTET X. A New MDCT Technique for □ the Detection and Anatomical Exploration of Urogenital Fistulas. *Am J Roentgenol.*, 2012;198(2):W160-2.
18. JOZWIK M, JOZWIK M. Spontaneous closure of vesicouterine fistula. Account for effective hormonal treatment. *Urol Int.*, 1999;62(3): 183-187.
19. JÓZWIK M, JÓZWIK M. Clinical classification of vesicouterine fistula. *Int J Gynecol Obstet.*, 2000;70(3):353-7.
20. EOGAN M, MCKENNA P. Conservative management of a traumatic uterovesical fistula ('Youssef's syndrome'). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 2003;110(1):114-6.
21. TARHAN F, ERBAY E, PENBEGÜL N, KUYUMCUOĞLU U. Minimal invasive treatment of vesicouterine fistula: a case report. *Int Urol Nephrol.*, 2007;39(3):791-3.
22. DALELA D., RANJAN P., SANKHWAR P. L., SANKHWAR S. N., NAJA V., GOEL A. Supratrigonal VVF repair by modified O'connor's technique: an experience of 26 cases. *Eur Urol.*, 2006;49(3):551-6.
23. ISSA MM, SCHMID HP, STAMEY TA. Youssef's syndrome: preservation of uterine function with subsequent successful pregnancy following surgical repair. *Urol Int.*, 1994;52:220-2.
24. EL-LATEEF MOHARRAM AA, EL-RAOUF MA. Retropubic repair of genitourinary fistula using a free supporting graft. *BJU Int.*, 2004;93(4):581-3
25. RAMALINGAM M, SENTHIL K, PAI M, RENUKADEVI R. Laparoscopic repair of vesicouterine fistula—a case report. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.*, 2008;19(5):731-3.
26. HEMAL AK, SHARMA N, MUKHERJEE S. Robotic repair of complex vesicouterine fistula with and without hysterectomy. *Urol Int.*, 2009;82(4):411-5.
27. SINGH V, MANDHANI PA, MEHROTRA S, SINHARJ. Laparoscopic repair of vesicouterine fistula: a brief report with review of literature. *Urol J.*, 2011;8(2):149-52.
28. CHANG-JACKSON SC, ACHOLONU JR UC, NEZHAT FR. Robotic-assisted laparoscopic repair of a vesicouterine fistula. *JSLs.*, 2011;15(3):339-42.

29. GARZA CORTÉS R, CLAVIJO R, SOTELO R. Laparoscopic treatment of genitourinary fistulae. *Arch Esp Urol.*, 2012;65(7):659-72.
30. ABDEL-KARIM AM, ELMISSIRY M, ABOULFOTOH A, MOUSSA A, ELSAMY S. Laparoendoscopic single-site surgery (LESS) and conventional laparoscopic extravesical repair of vesicouterine fistula: single-center experience. *Int Urol Nephrol.*, 2013;45:995-1000.
31. AMINSHARIFI ^A, AFSAR F, SHIRAZI MK. A retrovesical approach for the laparoscopic repair of vesicouterine fistulas. *Int J Gynecol Obstet.*, 2014;124(2):148–50.
32. NARDOS R, BROWNING A, MEMBER B. Duration of bladder catheterization after surgery for obstetric fistula. *Int J Gynecol Obst.*, 2008;103(1):30–2.
33. NARDOS R, BROWNING A, MEMBER B. Outcome of obstetric fistula repair after 10-day versus 14-day Foley catheterization. *Int J Gynecol Obst.*, 2012;118(1):21–3.
34. BARONE MA, WIDMER M, ARROWSMITH S *et al.* Breakdown of simple female genital fistula repair after 7 day versus 14 day postoperative bladder catheterisation: □ a randomised, controlled, open-label, non-inferiority trial. *Lancet*, 2015;386:59-62.
35. LOTOCKI W, JOZWIK M, JOZWIK M. Prognosis of fertility after surgical closure of vesicouterine fistula. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 1996; 64(1): 87–90.
36. AHMED S, HOLTZ SA. Social and economic consequences of obstetric fistula: life changed forever? *Int J Gynecol Obstet.*, 2007;99 Suppl 1:S10–5. □
37. HARRISON KA. Obstetric fistula: one social calamity too many. *Br J Obstet Gynaecol.*, 1983;90(5):385–6.

A DIFICULDADE DIAGNÓSTICA DA DOENÇA DE KAWASAKI INCOMPLETA: RELATO DE CASO

The difficult diagnosis of Kawasaki disease incomplete – case report

Priscila Pires Dalpias*, Iloite Maria Scheibel**

RESUMO

INTRODUÇÃO: Doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica aguda autolimitada que acomete vasos de médio e pequeno calibres, preferencialmente as artérias coronárias. São classificados como portadores da forma incompleta aqueles pacientes que não apresentam todos os critérios para o diagnóstico. **Objetivo:** Este trabalho pretende ressaltar a dificuldade diagnóstica da doença de Kawasaki através da descrição de um lactente com a forma incompleta da doença de Kawasaki, ressaltando os aspectos clínicos e laboratoriais que possam auxiliar no diagnóstico da doença. **Descrição do Caso:** Paciente masculino, cinco meses de idade, com quadro de febre persistente por 10 dias. Pesquisa de foco infeccioso era negativa, porém marcadores inflamatórios elevados. O ecocardiograma revelou coronárias dilatadas. Recebeu o diagnóstico de doença de Kawasaki incompleta. **Conclusão:** o diagnóstico da doença de Kawasaki pode ser difícil devido a não existir um teste diagnóstico laboratorial específico, principalmente nos casos que apresentem poucos critérios. Deveria ser considerada em toda criança com febre prolongada por mais de cinco dias, sem foco aparente, associado a algumas das principais manifestações típicas e em todo lactente com menos de seis meses de idade com febre inexplicável por mais de 7 dias, mesmo sem apresentar achados clínicos de Doença de Kawasaki. O diagnóstico tardio representa alto risco de coronariopatias. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 225-230)

DESCRIPTORES: Síndrome de Linfonodos Mucocutâneos, diagnóstico; Aneurisma Coronariano; Exantema; Criança.

ABSTRACT

INTRODUÇÃO: Kawasaki disease is an acute self-limiting systemic vasculitis that affects blood vessels of medium and small sizes, preferably the coronary arteries. Patients who do not have all the criteria for diagnosis are classified as having incomplete form of this disease. **OBJECTIVE:** To highlight the difficult diagnosis of Kawasaki disease by describing an infant with incomplete information, highlighting the clinical and laboratory features that may assist in the diagnosis of disease. **CASE REPORT:** Male patient, five months of age, with persistent fever for 10 days. Elevated inflammatory markers. Echocardiography revealed dilated coronary. **CONCLUSION:** There is no specific laboratory diagnostic test. Kawasaki disease should be considered in all children with prolonged fever for more than five days without apparent focus, associated with some of the main typical manifestations and in all infants under six months of age with unexplained fever for more than 7 days. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 225-230)

Keywords: Mucocutaneous Lymph Node Syndrome, diagnosis; Coronary Aneurysm; exanthema; Child

Recebido em 02/01/16 e aceito para publicação em abril de 2016

*Médica Residente de Pediatria. Hospital da Criança Conceição. Porto Alegre. RS – Brasil

**Pediatria e Reumatologista Pediátrica HCC/GHC

INTRODUÇÃO

A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica aguda autolimitada, que acomete vasos de médio e pequeno calibres, preferencialmente as artérias coronárias. De etiologia desconhecida, quase exclusiva de crianças, sendo 80% dos pacientes menores de 4 anos de idade⁽¹⁾. O diagnóstico é feito de acordo com o critério clínico proposto pela American Heart Association⁽²⁻⁶⁾. Pelo menos cinco dias de febre, sem outra causa, e quatro ou mais das cinco principais características clínicas: edema e descamação de extremidades, exantema polimorfo; conjuntivite não exsudativa bilateral; ressecamento labial, enantema na mucosa oral; e linfadenomegalia cervical unilateral. Houve modificação deste critério, no último Simpósio Internacional sobre a Doença de Kawasaki⁽⁷⁾. Foi admitido que nos casos em que o paciente recebe tratamento antes do quinto dia de febre e torna-se afebril, o diagnóstico também pode ser confirmado. Essa modificação de critério foi feita porque, no Japão, cerca de 10% dos pacientes são diagnosticados e tratados antes do terceiro dia de febre e 30% antes do quarto dia, interrompendo o curso febril.

O quadro clínico completo possibilita o diagnóstico da Doença de Kawasaki. Porém, isto nem sempre ocorre e infelizmente não existe exame laboratorial específico para o diagnóstico. As características laboratoriais são inespecíficas – leucocitose, desvio à esquerda, elevação dos marcadores inflamatórios, plaquetose (após o 7º dia de evolução), anemia normocítica, piúria estéril, transaminase glutâmico pirúvica elevada e hipoalbuminemia⁽²⁻⁶⁻⁸⁾. Sendo assim, pacientes com menos de seis meses de idade com febre inexplicável por ≥ 7 dias, mesmo sem apresentar achados clínicos de Doença de Kawasaki, e em pacientes de qualquer idade com febre inexplicável por ≥ 5 dias e só dois ou três critérios clínicos deve ser suspeitada e investigada a doença de Kawasaki.

Os pacientes que não apresentam todos os critérios necessários para o diagnóstico são classificados como portadores da forma incompleta. No passado, os termos Kawasaki atípico e Kawasaki incompleto chega-

ram a se confundir, no entanto, hoje se prefere o termo "incompleto" ao termo "atípico", já que os pacientes com essa forma da doença demonstram ausência de sinais clínicos que preencham os critérios diagnósticos, não apresentando sintomas atípicos⁽²⁾.

A fração de quadros atípicos varia conforme o estudo⁽⁷⁻⁹⁻¹⁰⁾, de 7% até 36% dos casos. A incidência também varia com a idade, sendo mais frequente, 28% em pacientes menores de 1 ano e 7 a 10% nos demais⁽¹⁰⁾. A forma incompleta da doença de Kawasaki acomete principalmente lactentes com menos de seis meses e crianças maiores de cinco anos, observando-se particularmente no grupo mais jovem elevado risco de coronariopatias. Além do aneurisma coronariano, outras complicações cardiovasculares podem ocorrer, como miocardite, valvulite, derrame pericárdico, infarto do miocárdio e aneurismas de artérias sistêmicas⁽²⁻⁶⁻⁸⁾, sendo imprescindível, na suspeita diagnóstica, a realização de Ecocardiograma.

O diagnóstico de Kawasaki incompleta é considerado de extrema importância, visto o alto risco de desenvolvimento de coronariopatias. Este trabalho tem como objetivo descrever o caso de um lactente com a forma incompleta da doença de Kawasaki, ressaltando os aspectos clínicos e laboratoriais que possam auxiliar no diagnóstico da doença.

Relato do Caso

Menino, cinco meses de idade, procedente de Porto Alegre, internou no Hospital da Criança Conceição no dia 11/12/2015 com história de diarreia (fezes líquidas, sem sangue ou muco) há 6 dias, conjuntivite, coriza, seguido por febre (temperatura axilar entre 38-39°C) diária. Vinha em uso de sintomáticos por diagnóstico de virose, devido persistência da febre atendido em um segundo pronto atendimento que transferiu para este serviço para investigação diagnóstica. Lactente previamente hígido, pré-natal e parto sem intercorrências, recebendo leite materno exclusivo com bom desenvolvimento.

Chegou em bom estado geral, corado, hidratado, exame físico sem alteração. Exames laboratoriais iniciais

sem alteração significativa. (Tabela I em anexo); Pesquisa de vírus respiratórios negativa.

Nos dias subsequentes foram realizados novos exames laboratoriais (hemocultura e eletrólitos), sendo iniciado ceftriaxone por persistência da febre. Em uso de ceftriaxone exame quantitativo de urina (EQU) e Urocultura foram negativo; Punção lombar sem sucesso. Por suspeita de ITU realizou Ecografia que evidenciou leve proeminência piélica sobretudo à direita, demais sem alterações e Cintilografia com DMSA apresentando rins com forma, tamanho e situação usual, concentrando irregularmente o traçador em polo inferior do rim esquerdo, sugestivo de infecção urinária previa. No quarto dia de antibiótico lactente persistia com febre. Hemocultura coletada anterior ao início do antibiótico negativa. Pesquisado HIV, Toxoplasmose e Citomegalovírus, todos negativos. Realizado exames laboratoriais de controle, hemograma sem alteração significativa, porém apresentava marcadores inflamatórios elevados e plaquetose (Quadro I).

Durante a internação lactente seguia em bom estado geral, com fezes pastosas, leve coriza, lábios mais avermelhados e febre persistente (ainda com picos de temperatura axilar entre 38-39°C), já no oitavo dia de antibiótico. Suspenso ceftriaxone após completar oito dias de tratamento. Coletada nova hemocultura com resultado negativo, uma segunda pesquisa para vírus respiratórios também negativa, radiografia de Tórax normal, hemograma seguia sem alterações significativas, já plaquetas e marcadores inflamatórios ainda mais elevados (Quadro I).

Realizado ecocardiograma, por suspeita de Doença de Kawasaki incompleta, onde apresentou aneurismas coronarianos, confirmando a suspeita diagnóstica. Lactente recebeu imunoglobulina 2g/kg (infusão única) e AAS 50mg/kg/dia. Após infusão de imunoglobulina lactente evolui bem, sem apresentar novo episódio de febre. Foi reduzido dose do AAS para 5mg/kg/dia após 48h afebril. Realizado exames laboratoriais de controle com redução dos marcadores inflamatórios e das plaquetas.

Após alta hospitalar, lactente segue em acompa-

nhamento ambulatorial com pediatria, cardiologia pediátrica e nefrologia pediátrica, fazendo uso de AAS e Cefalexina como profilaxia para pielonefrite. Realizado exames laboratoriais de controle dia 05/02/2016 com resultados normais (Quadro I) e novo ecocardiograma no dia 18/03/2016 que demonstra redução dos aneurismas coronarianos.

Quadro 1 - Dados laboratoriais durante a evolução clínica

EXAMES	11/12/15	12/12/15	17/12/15	18/12/15	20/12/15	26/12/15	30/12/15	05/02/16
HEMOGLOBINA	9,7	-	9,6	-	9,7	9,8	10,4	11,4
HEMATÓCRITO	29,3	-	29,1	-	28,6	28,7	31,2	35,5
LEUCÓCITOS	12.870	-	13.840	-	13.400	6.450	7.360	6.750
N. BASTÕES	7,0	-	-	-	-	-	-	-
SÓDIO	-	134	-	136	-	-	-	-
POTÁSSIO	-	6,4	-	5,1	-	-	-	-
CÁLCIO	-	9,39	-	-	-	-	-	-
PLAQUETAS	503.000	-	769.000	-	949.000	848.000	618.000	374.000
TGP	-	-	-	12	-	-	-	-
VSG	-	-	92	-	91	70	28	3
PCR	-	-	110	-	135	7,16	<3,3	-

DISCUSSÃO

A dificuldade diagnóstica neste caso tem importância devido à necessidade de o tratamento ser precoce. A incidência de aneurismas coronarianos aumenta em cerca de três vezes quando o diagnóstico é tardio e o tratamento iniciado após o 10º dia de doença⁽⁹⁾. Estudos publicados no Japão mostram que cerca de 15 a 20% dos casos de doença coronariana ocorrem em crianças que apresentam menos de quatro critérios diagnósticos⁽⁷⁾. Quando o diagnóstico é precoce e o tratamento realizado antes do 10º dia da doença, a incidência de alterações coronarianas poder ser reduzida para menos de 5%⁽⁴⁻⁹⁾.

A Doença de Kawasaki na forma incompleta está relacionada ao diagnóstico tardio, pela própria dificuldade na definição diagnóstica, tendo em vista a ausência dos critérios clínicos⁽⁴⁾. Neste caso que foi relatado, além da febre que persistiu por 10 dias, apuraram-se apenas hiperemia conjuntival (anterior a internação) e lábios avermelhados, entre os sinais clássicos da doença. No entanto, outras alterações como plaquetose e marcado-

res inflamatórios elevados foram fundamentais para a suspeita diagnóstica.

O diagnóstico diferencial da doença de Kawasaki é vasto e inclui outras doenças que também se manifestam com quadros de exantema, linfadenopatia, alterações em cavidade oral e na conjuntiva ocular, como a rubéola, adenovirose, mononucleose, escarlatina e leptospirose⁽¹¹⁾. Além disso, alguns estudos mostram que quadros infecciosos prévios poderiam agir como gatilho no desencadeamento de uma vasculite mediada por complexos imunes, a qual em indivíduos predispostos resultaria no surgimento da doença. Foi observado que 33% dos pacientes com doença de Kawasaki tiveram infecções concomitantes no início do quadro, assim como este paciente⁽¹²⁻¹³⁾.

O envolvimento renal, gastrointestinal, neurológico, pulmonar e ocular tem sido descrito na doença de Kawasaki e pode estar presente na forma incompleta⁽¹¹⁾. Apesar de não corresponderem aos achados característicos para a confirmação da doença, são sintomas importantes diante da suspeita da doença incompleta, já que eles podem favorecer a hipótese diagnóstica.

O sistema nervoso é raramente envolvido, mas é cada vez mais frequente o relato de manifestações neurológicas na literatura⁽⁷⁾. Geralmente o seu acometimento está relacionado à forma grave da doença. A meningite asséptica ocorre em até um terço dos casos, podendo explicar a irritabilidade extrema nas crianças. Alguns autores referem que a meningite parece ser mais comum do que se pensa, já que a punção lombar é raramente realizada⁽⁷⁻¹¹⁻¹⁴⁾.

Neste caso, foi realizada a punção lombar, mas não foi obtido sucesso na coleta do líquido, porém como paciente permaneceu em bom estado geral, sem sinais meníngeos, não foi realizada uma segunda tentativa de coleta.

O diagnóstico da doença de Kawasaki incompleta é difícil, pois os critérios relacionados à doença típica são falhos no reconhecimento do quadro e as manifestações podem ocorrer em momentos diferentes da evolução⁽¹²⁻¹³⁻¹⁵⁾, assim como foi observado neste caso, na primeira semana paciente apresentou conjuntivite e na

segunda semana lábios avermelhados.

A reativação da cicatriz do BCG pode ocorrer se a vacinação for recente, há menos de 1 ano, e constitui sinal quase específico da doença de Kawasaki, o que não ocorreu com esse paciente⁽¹⁵⁾. Os achados laboratoriais da doença de Kawasaki típica também têm sido encontrados na forma incompleta. Os achados sugestivos incluem: plaquetas $\geq 450,000/\text{microL}$ após sete dias da doença, elevação da proteína C reativa (PCR $\geq 3.0\text{mg/dL}$) ou da velocidade de hemossedimentação (VSG $\geq 40\text{ mm/hora}$), anemia (normocítica, normocrômica), leucocitose (leucócitos $\geq 15.000/\text{microL}$ com formas imaturas), piúria (≥ 10 leucócitos/campo de alta potência), TGP $> 50\text{ U/L}$ e albumina sérica $\leq 3\text{ g/dL}$.

Esses dados são de grande auxílio para o diagnóstico da forma incompleta, uma vez que podem ser observados a despeito da ausência dos critérios clínicos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. A elevação dos marcadores inflamatórios como o VSG e a PCR é observada na grande maioria dos casos da doença de Kawasaki e sua normalização ocorre apenas após seis a 10 semanas do início dos sintomas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Esse paciente apresentou plaquetose e marcadores inflamatórios elevados como pode ser observado (Quadro I). Esses achados fazem-se importantes no diagnóstico diferencial dos quadros de febre prolongada, pois a elevação das proteínas inflamatórias não se verifica nas infecções por agentes virais. A plaquetose constitui achado típico da doença após a primeira semana de evolução, no entanto, a plaquetopenia, apesar de pouco comum, tem sido considerada por alguns autores na fase aguda da doença e associa-se ao alto risco de aneurisma coronariano. A anemia tem sido descrita como fator de mau prognóstico, estando relacionada à doença coronariana, quadros de perda auditiva e sequelas cognitivas⁽¹¹⁻¹²⁻¹³⁾. A leucocitose é achado típico da fase aguda da doença, com predominância de granulócitos maduros e imaturos, sendo registrada em aproximadamente 50% dos pacientes⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Os pacientes com hipoalbuminemia tendem a apresentar doença aguda mais grave e prolongada⁽¹⁷⁾.

Alterações ecocardiográficas sugestivas incluem aneurismas, como foi observado neste caso clínico, e

outros achados compatíveis com arterite coronária, diminuição da contratilidade ventricular esquerda, insuficiência valvar leve (principalmente válvula mitral), e derrame pericárdico. Estes achados auxiliam no diagnóstico, principalmente nas apresentações atípicas⁽⁷⁾. A recomendação para ecocardiografia depende da evolução clínica e achados laboratoriais iniciais. O ecocardiograma é útil quando a Doença de Kawasaki é suspeitada em uma criança que não satisfaz os critérios clássicos, mas tem elevação da PCR e/ou VSG e menos de três alterações laboratoriais complementares⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Os critérios para diagnosticar Doença de Kawasaki incompleta e iniciar o tratamento inclui: PCR e/ou VSG elevados e três alterações laboratoriais complementares ou ecocardiograma anormal. Esse paciente apresentou duas alterações laboratoriais, sendo necessário a realização do ecocardiograma que confirmou o diagnóstico⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O tratamento que foi utilizado consistiu em dose única de 2 g/kg de imunoglobulina endovenosa e AAS – 50 mg/kg/dia, em 4 doses diárias. O AAS, prescrito pelo efeito antiinflamatório e anti-trombótico, teve a dosagem reduzida após o desaparecimento da febre para 5 mg/kg/dia. A imunoglobulina, recomendada desde 1988 pela Academia Americana de Pediatria, reduz a ocorrência de doença coronariana e acelera a defervescência⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A imunoglobulina tem pouco valor após o 10º dia da doença, mas pode ser administrada se a febre e os sinais inflamatórios persistirem após essa data. Esse paciente recebeu imunoglobulina no 10º dia da doença apresentando boa evolução clínica. Em seguimento ambulatorial apresentou redução dos aneurismas e normalização dos marcadores inflamatórios. O seguimento dos casos com aneurisma de coronárias mostra que, após 1-2 anos, cerca de 50% dos aneurismas regredem espontaneamente, mas 5% desenvolvem doença isquêmica do coração, 2% infarto do miocárdio, e a mortalidade é de 0,8% neste período⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

O diagnóstico da Doença de Kawasaki na forma incompleta é difícil em virtude da ausência das características típicas da doença, a partir das quais o diagnóstico é firmado e ausência de testes laboratoriais específicos. A dificuldade no diagnóstico foi evidente no caso clínico abordado, assim como observado por outros autores, servindo de alerta para a necessidade de suspeição da doença, diante de um paciente com febre por mais de cinco dias sem um foco aparente. O diagnóstico tardio revela pior prognóstico, uma vez que se associa à expressiva incidência de coronariopatias e de sequelas cardíacas.

REFERÊNCIAS

1. TERRERI MT, CLEMENTE G. Developments in Large and Midsize Vasculitis. *Rheum Dis Clin N Am* 2013; 39: 855–875.
2. WEISS PF. Pediatric Vasculitis. *Pediatr Clin N Am* 2012; 59 :407–423.
3. ROWLEY AH, SHULMAN ST. Kawasaki syndrome. *Clin Microbiol Rev* 1998;11:405-14.
4. BROGAN PA, BOSE A, BURGNER D, SHINGADIA D, TULLOH R, MICHIE C, et al. Kawasaki disease: an evidence based approach to diagnosis, treatment, at proposals for future research. *Arch Dis Child* 2002;86:286-90.
5. MASON WH, TAKAHASHI M. Kawasaki syndrome. *Clin Infect Dis* 1999;28:169-85.
6. STAPP J, MARSHALL GS. Fulfillment of diagnostic criteria in Kawasaki disease. *South Med J* 2000;93:44-7.
7. NEWBURGER JW, TAUBERT KA, SHULMAN ST, ROWLEY AH, GEWITZ MH, TAKAHASHI M, et al. Summary and Abstracts of the 7th International Kawasaki Disease Symposium; 2001; Hakone, Japan. *Pediatr Res* 2003;53:153-7.
8. SAKANE PT, MARQUES HH. Doença de Kawasaki. In: Farhat CK, Carvalho ES, Carvalho LH, Succi RC. *Infectologia pediátrica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998. p.663-9.

9. WITT MT, MINICH LL, BOHNSACK JF, YOUNG PC. Kawasaki disease: more patients are being diagnosed who not meet American Heart Association criteria. *Pediatrics* 1999;104:E10.
10. GENOZO J, MIRON D, SPIEGEL R, FINK D, HOROWITZ Y. Kawasaki disease in very young infants: high prevalence of atypical presentation and coronary arteritis. *ClinPediatr* 2003;42:263-7.
11. CIMAZ R, SUNDEL R. Atypical and incomplete Kawasaki disease. *Best Pract Research Clin Rheumatol*. 2009;23:689-97.
12. BHARDWAJ P, KAUSHAL RM, GUPTA H. Kawasaki disease presenting atypically as meningoencephalitis. *J Pediatr Neurosci*. 2009;4:138-9.
13. WU CY, HSIEH KS, CHIOU YH, WANG RS, HUANG IF, LEE WY, et al. Prolongued fever and pyuria: a urinary tract infection presentation of incomplete Kawasaki disease. *Acta Paediatr*. 2005 mar;94:375-7.
14. ALVES NRM, MAGALHÃES CMR, ALMEIDA RFR, SANTOS RCR, GANDOLFI L, PRATESI R. Prospective study of Kawasaki disease complications: review of 115 cases. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57:295-300.
15. NEWBURGER JW, TAKAHASHI M, GERBER MA, GEWITZ MH, TANI LY, BURNS JC et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease. *Circulation*. 2004;110:2747-71.
16. YELLEN ES, GAUVREAU K, TAKAHASHI M, et al. Performance of 2004. American Heart Association recommendations for treatment of Kawasaki disease. *Pediatrics* 2010; 125:234.
17. ELADAWI M, DOMINGUES SR, ANDERSON MS, GLODÉ MP. Abnormal liver panel in acute Kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis*. 2011 Feb;30(2):141-4.

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTOS

Intestinal Intussusception in Adults

Juliana Vasconcelos de Abreu Ruszczyk *, Rochele Bampi *, Gustavo Cantelli de Souza *, Steven Kitzberger **, Elias Morsch ***

RESUMO

A intussuscepção apesar de ser uma causa infrequente na população adulta, é um diagnóstico que desafia o cirurgião, tanto pela apresentação clínica inespecífica na maioria dos casos, quanto pela baixa prevalência nesta faixa etária, levando a um baixo grau de suspeição. Este diagnóstico está, na maioria das vezes, associado a uma lesão orgânica sobrejacente, o que indica a resolução cirúrgica. Este relato de caso trata sobre um caso de intussuscepção em adulto devido a um pólipó contendo pâncreas ectópico. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 231-237)

Descritores: intussuscepção em adultos, invaginação.

ABSTRACT

Intussusception, despite being an infrequent cause in the adult population, is a diagnosis that challenges surgeons, either by nonspecific clinical presentation in most cases, as the lower prevalence in this age group, leading to a low degree of suspicion. This diagnosis is in most cases associated with an overlying organic injury, which indicates surgical resolution. This case report is about of a case of intussusception in adult due to a polyp containing ectopic pancreas. (Mom & Persp. Saúde.2016; 29 (3): 231-237)

Key words: intussusception in adults, invagination.

Recebido em 04/12/15 e aceito para publicação em fevereiro de 2016

*Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre/RS.

**Cirurgião Geral pelo PRM de cirurgia geral do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Médico Residente em Urologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS.

***Cirurgião Geral, Preceptor do PRM de Cirurgia Geral e Chefe do serviço de cirurgia geral do hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre/RS.

INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal ocorre quando um segmento proximal do intestino (intussuscepto) invagina em segmento distal (intussusceptado) adjacente. Qualquer lesão parietal ou intraluminal que altere o padrão de peristalse intestinal pode desencadear a doença. A intussuscepção é rara em adultos, correspondendo a cerca de 5% de todas as intussuscepções registradas em literatura. A intussuscepção ocorre igualmente entre homens e mulheres, assim como em qualquer idade, com uma média entre os 50 anos.^(1,2,3)

Em torno de 80 a 90% dos casos em adultos possuem etiologia definida. Intussuscepção em cólon está associada à malignidade em 65 a 70% dos casos, com predomínio do adenocarcinoma. O intestino delgado, embora corresponda a aproximadamente 75% do trato gastrointestinal, é sede de menos de 25% de todas as neoplasias gastrointestinais, portanto na maioria das vezes a invaginação é secundária a lesão benigna.^(3,4,5)

O mecanismo da intussuscepção idiopática ainda não é compreendido, acontecendo em cerca de 10% dos casos em adultos, principalmente no intestino delgado.

Os sintomas da intussuscepção em adultos são inespecíficos, subagudos ou crônicos e relacionados à obstrução parcial intermitente da luz intestinal. A doença apresenta baixo índice de suspeição, sendo o diagnóstico retardado na maioria dos casos. A confirmação da intussuscepção é baseada em achados cirúrgicos, mas radiografia, ultrassonografia (USG), tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome, assim como endoscopia e colonoscopia, podem revelar o segmento acometido pela doença.^(6,7)

O presente relato trata de intussuscepção íleo-ileal em um adulto jovem, secundária à lesão polipóide contendo pâncreas ectópico.

Relato de Caso

Paciente masculino, A.R.P., 27 anos, previamente hígido, chega a emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em julho de 2014, encaminhado do Hospital de Ivoti, devido a queixa de dor abdominal.

Paciente com história de dor em hipogástrio, em cólicas, com duração de 20 minutos, sem irradiações, de moderada intensidade, que relacionou piora após as refeições, episódios de vômitos eventuais, hábito intestinal preservado, ausência de sangramento nas fezes, ausência de massa palpável no abdome e ausência de sinais de peritonismo; sintomas estes, presentes há 15 dias, e que motivou procura a emergência cirúrgica. Realizou investigação prévia em seu hospital de origem, e a tomografia de abdome evidenciou alça intestinal de paredes espessadas na fossa ilíaca direita, apresentando "sinal de alvo", aspecto relacionável a intussuscepção intestinal, além de imagem ovalada com densidade de gordura junto à parede de alça espessada de 2,4cm em que foi interrogado lipoma.

Após avaliação inicial, paciente realizou exames laboratoriais, sem evidência de alterações dignas de nota, e radiografia de abdome agudo em que não se evidenciou sinais de obstrução intestinal ou pneumoperitонеo. (Quadro 1 e Figura 1)



Figura 1 – Distribuição característica de gás nas Alças intestinais

Quadro 1 - Exames de laboratório no pré-operatório

Exames Laboratoriais	15/07/2014
Hemoglobina	14,5
Hematócrito	41,2
Leucócitos	9.410
N. Segmentados	66,9%
Eosinófilos	0,5%
Basófilos	0,3%
Monócitos	7,3%
Linfócitos	25%
Uréia	23
Creatinina	0,94
Sódio	142
Potássio	4,9
Amilase	48
Lipase	39
Glicose	94

Devido à estabilidade hemodinâmica, e ausência de sinais de obstrução intestinal, optou-se pela internação hospitalar e observação clínica. Durante internação, paciente manteve quadro de dor abdominal em hipogástrio, sem vômitos, hábito intestinal preservado; e, ao exame físico, ausência de sinais de peritonismo. Pela persistência dos sintomas, e após 72 horas de instalado o manejo clínico, devido a não resolução dos sintomas, optou-se pela repetição dos exames de imagem. A tomografia de abdome com contraste evidenciou na região do hipogástrio e fossa ilíaca direita segmento de alça intestinal de delgado com imagem central hipodensa, sugerindo presença de alça de intestino dentro de alça, com extensão de cerca de 10,0 cm, possivelmente relacionado a intussuscepção intestinal. Ausência de líquido livre na cavidade ou pneumoperitонеo. (Figuras 2 e 3)

Figura 2 - TC de abdome com imagem “em alvo” no hipogastro e fossa ilíaca direita



Conforme a evolução desfavorável, devido a persistência da intussuscepção demonstrada pela tomografia e a manutenção da dor abdominal, paciente foi levado a laparotomia exploradora e incisão mediana. No transoperatório foi evidenciado intussuscepção íleo-ileal, distando 20cm da válvula íleocecal. O intussuscepto se invaginava cerca de 10cm a montante sem levar a obstrução, e apresentava lesão palpável fibroelástica, arredondada. Alças intestinais se apresentavam com viabilidade preservada, assim foi realizada redução dos segmentos invaginados. Devido a lesão descrita, paciente foi submetido a enterectomia do segmento contendo a lesão e realizada anastomose termino-terminal. (Figuras 4 e 5).

Figura 4- segmento ressecado com mucosa exposta





A peça foi enviada para estudo anatomopatológico, em que foi descrita na mucosa ileal, lesão polipóide alongada com a extremidade distal ovalada e ulcerada contendo pâncreas ectópico, medindo 7,5 x 2,2 cm.

Paciente evoluiu favoravelmente, recebendo alta hospitalar no quarto dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

A intussuscepção é uma causa rara de abdome agudo no adulto. Ela ocorre quando um segmento proximal do intestino (intussuscepto) telescopa dentro do lúmen do segmento distal adjacente (intussusceptado). Ela é responsável por 1% das obstruções intestinais, sendo que a população adulta representa apenas 5% de todas as intussuscepções. A intussuscepção ocorre igualmente entre homens e mulheres, assim como em qualquer idade, com uma média entre os 50 anos.^(1,2)

Quando existe uma diferença de motilidade entre dois segmentos do intestino, isto favorece a ocorrência da intussuscepção. Segmentos fixos devido à sua posição retroperitoneal (região ileocecal) ou devido a aderências são frequentemente envolvidos.

De acordo com a localização pode-se classificar a intussuscepção intestinal em: entérica, ileocólica, ileocecal e colócólica. O tipo mais frequentemente encontrado no adulto é a entérica (50%-88%), enquanto o aco-

timento de segmentos colônicos corresponde de 12 a 50%.^(5,6)

Apesar da intussuscepção ser causa comum de obstrução intestinal em crianças, no adulto este é um diagnóstico infrequente. A intussuscepção do adulto difere em muitos aspectos da criança, incluindo a etiologia e a apresentação clínica. Nas crianças, 90% dos casos são de causa idiopática, enquanto no adulto 70 a 90% dos casos são secundários a uma patologia subjacente. Lesões intraluminais ou lesões no mesentério alteram o peristaltismo normal, e favorecem a intussuscepção. Apesar de ter uma ocorrência baixa, pode ser a primeira manifestação de uma neoplasia, devendo ter sempre um alto índice de suspeição quando do diagnóstico.⁽⁸⁾

As neoplasias, benignas ou malignas, correspondem a 65% dos casos, causas não neoplásicas representam 15 a 25%, enquanto a intussuscepção idiopática corresponde a 10%. Dentre as principais causas de intussuscepção do trato gastrointestinal podemos citar as neoplasias primárias ou metástases, lipomas, leiomiomas, adenomas, neurofibromas, aderências pós-operatórias, divertículo de Meckel, corpo estranho, hiperplasia linfóide, trauma, entre outras causas.

As lesões do intestino delgado, na maioria das vezes são de etiologia benigna. Excetuando a neoplasia primária de intestino delgado, que é etiologia rara, dentre as causas malignas pode-se identificar as metástases e o linfoma.⁽⁹⁻¹¹⁾

No intestino grosso, lesões malignas estão presentes em mais de 60% dos casos, incluindo adenocarcinoma, linfomas e tumores estromais.

O mecanismo da intussuscepção idiopática ainda não é compreendido, acontecendo em cerca de 10% dos casos em adultos, principalmente no intestino delgado.

Pâncreas Ectópico

O relato de caso descrito, apresentava como causa da intussuscepção um pólipó que continha pâncreas ectópico, corroborando com a literatura em que

traz que a invaginação intestinal no adulto tem causa orgânica em sua imensa maioria das vezes. O tecido pancreático localizado fora ou em descontinuidade com o pâncreas é chamado pâncreas ectópico. As localizações mais usuais (90%) são estômago, duodeno, jejuno e divertículo de Meckel, sendo menos frequente encontrá-lo no mesentério, omento, baço, vesícula biliar, cólon transversal e em teratomas císticos mediastinais. A apresentação morfológica usual é de lesão única, nodular e firme, variando de 2 a 5 cm de diâmetro.

Clinicamente, o tecido ectópico por si só, raras vezes produz sintomas de obstrução intestinal, mas pode se apresentar como fonte de sangramento gastrointestinal ou ser confundido com tumor benigno ou maligno. No estômago, sítio mais comum, ele se localiza no terço distal, dentro da submucosa em 60% dos casos. Pode causar sintomas de bloqueio mecânico do piloro, produzir espasmo gástrico, ulcerações ou sangramento.⁽³⁾

A investigação diagnóstica pode ser feita por radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno (REED), endoscopia com biópsia ou ecoendoscopia. A suspeita de tumor pode levar a realização de tomografia ou ressonância magnética. O diagnóstico pode ser feito como um achado ocasional transoperatório.

Em 15 a 25% de todos os divertículos intestinais de origem embriológica, pode ser encontrado tecido pancreático aberrante, sendo particularmente frequente no divertículo de Meckel. Quando se encontra no transoperatório um divertículo de Meckel, um dos indicativos de ressecção é a palpação de tecido endurecido, que pode corresponder à presença de tecido pancreático ou gástrico. Nessa situação, pode haver produção de suco pancreático ocasionando inflamação, sangramento ou perfuração do divertículo. Finalmente, um divertículo contendo tecido ectópico pancreático pode servir como cabeça de invaginação intestinal. Todo tecido pancreático ectópico sintomático deve ser ressecado e, quando for achado ocasional, também deve ser ressecado, a não ser que o procedimento principal não comporte esse adicional. A análise histopatológica é mandatória para excluir a neoplasia.

Clínica

A clássica apresentação da intussuscepção na criança é aguda e com a tríade de dor abdominal, massa palpável e fezes em "geleia de morango". Na população adulta os sintomas são mais inespecíficos, de apresentação aguda, subaguda ou crônica, o que pode refletir episódios transitórios de intussuscepção. Alguns casos têm evolução de anos, com dor mal localizada, estando mais frequentemente ligados a patologias benignas.

Os sinais e sintomas variam entre os diferentes casos, a obstrução intestinal não está presente em muitos deles, sendo a apresentação clínica com dor abdominal e vômitos a mais frequente. A presença de massa abdominal não é característica na população adulta. A presença de sangue nas fezes, apesar de sua baixa incidência, deve levar a suspeita de neoplasia maligna e assim, orientar tratamento específico.⁽⁸⁾

Quadro retirada do artigo Adult Intussusception, Annals of Surgery, vol. 226, no. 2, 134-138

Sintomas	%
Náusea / vômito	78
Dor abdominal	78
Melena	29
Perda de peso	10
Febre	10
Constipação	9
Diarreia	7
Massa abdominal	7

Diagnóstico

A ultrassonografia de abdome pode fazer o diagnóstico, porém nos casos em que a intussuscepção leva ao quadro de obstrução intestinal, este método diag-

nóstico pode não ser satisfatório devido a interposição de alças e a grande quantidade de gás impossibilitando a adequada visualização do segmento invaginado. Este é um exame operador dependente, o que pode influenciar no diagnóstico desta patologia. Nos casos em que se pode palpar massa abdominal, sua acurácia aumenta significativamente. A imagem característica inclui o "sinal do alvo", porém não é patognomônico. A ultrassonografia de abdome apresenta uma sensibilidade de 98-100% e especificidade de 88-89% para o diagnóstico de intussuscepção.

Atualmente, a tomografia de abdome se tornou o melhor método diagnóstico, sendo característica a conformação de alça dentro de alça, assim como a conformidade da gordura mesentérica e os vasos adjacentes. Sua acurácia está entre 58-100%. A tomografia de abdome além da possibilidade de fazer o diagnóstico da intussuscepção, pode trazer outros dados informativos, como o local da invaginação, o segmento intestinal afetado, a possibilidade de inviabilidade da alça, e pode também sugerir a causa da intussuscepção. Ao contrário da ultrassonografia de abdome, a tomografia não é afetada pela presença de distensão aérea de alças intestinais, e irá demonstrar a área comprometida de segmento invaginado, se de intestino delgado ou de segmento colônico, além de trazer informação sobre a presença de metástases, linfonodomegalias, e a possibilidade de outras causas levando ao quadro proposto.

A colonoscopia pode fazer o diagnóstico da intussuscepção intestinal, desde que o segmento acometido seja distal, e pode ajudar a distinguir lesões malignas de benignas antes da redução do segmento invaginado.

Tratamento

Nas crianças, como na maioria das vezes tem causa primária e de natureza benigna, o tratamento pode ser realizado com redução com enema baritado em 80% dos casos.

O tratamento padrão da intussuscepção no adulto ainda não está bem estabelecido. Definir o local da invaginação é crucial para adequada abordagem cirúrgi-

ca. A maioria dos autores concorda que a laparotomia é mandatória na intenção de identificar uma lesão orgânica, muitas vezes, de natureza neoplásica. As controvérsias giram em torno da necessidade e da extensão da ressecção. A possibilidade teórica de implante de células malignas de uma lesão neoplásica é o racional para indicar a ressecção em bloco da lesão, entretanto, existe o risco de ressecção intestinal desnecessária. Salvo algumas exceções, nos casos de intussuscepção colocolônica deve-se ressecar o segmento em bloco com finalidade oncológica pelo grande risco de malignidade.

Em se tratando de lesões do intestino delgado, ao contrário, mais de 60% são benignas, incluindo lesões inflamatórias, estromais e aderências. Sendo assim, a opção pela tentativa de redução inicial da intussuscepção é coerente, principalmente quando um segmento longo é acometido. Isto porque, a ressecção desnecessária pode ser responsável pelo desenvolvimento de síndrome do intestino curto. Atenção especial deve ser dada para sinais de isquemia, perfuração ou malignidade, contra-indicando, assim, a redução exclusiva. Nos casos de aderências, divertículos e pólipos benignos, o tratamento deve ser individualizado, orientando a técnica cirúrgica escolhida conforme a patologia encontrada.

CONCLUSÃO

A intussuscepção apesar de ser uma causa infrequente na população adulta, é um diagnóstico que desafia o cirurgião, tanto pela apresentação clínica inespecífica na maioria dos casos, quanto pela baixa prevalência nesta faixa etária, levando a um baixo grau de suspeição. Este diagnóstico está, na maioria das vezes, associado a uma lesão orgânica sobrejacente, e, a possibilidade de neoplasia associada deve orientar o cirurgião ao tratamento adequado com ressecções oncológicas em monobloco, principalmente se o segmento acometido é o cólon. Nos casos de intussuscepção do intestino delgado, a simples redução pode ser suficiente.

BIBLIOGRAFIA

1. Rotinas em cirurgia digestiva : Luiz Rohde...[et al.]. – 2.ed. – Porto Alegre : Artmed, 2011. Pg 140-141.
2. Sabiston, Tratado de cirurgia : Courtney M. Townsend... [et al.]; 18 ed. [tradução Débora Rodrigues Fonseca... et al.] – Rio de Janeiro : Elsevier, 2010. Pg 1493-1494.
3. WANG QY, YANG XY, ZHANG Z. A stubborn anemia caused by ectopic pancreas bleeding in the jejunum revealed by capsule endoscopy. *Quant Imaging Med Surg* 2015;5(5):783-786.
4. CIFTCI F. Diagnosis and treatment of intestinal intussusception in adults: a rare experience for surgeons. *Int J Exp Med* 2015;8(6):10001-10005.
5. TOSO C, ERNE M, LENZLINGER PM, SCHMID JF, BÜCHEL H, MELCHER G, MOREL P. Intussusception as a cause of bowel obstruction in adults. *Swiss Med WKLY* 2005;135:87-90.
6. WANG N, CUI X, LIU Y, LONG J, XU Y, GUO R, GUO K. Adult intussusception: a retrospective review of 41 cases. *World J Gastroenterol* 2009 July 14;15(26):3303-3308.
7. AKBULUT S. Intussusception due to inflammatory fibroid polyp: A case report and comprehensive literature review. *World J Gastroenterol* 2012 October 28;18(40):5745-5752.
8. GHADERI H, JAFARIAN A, AMINIAN A, DARYASARI SAM. Clinical presentation, diagnosis and treatment of adult intussusception, a 20 years survey. *International Journal of Surgery* 8(2010)318-320.
9. AZAR T, BERGER DL. Adult intussusception. *Annals of Surgery* Vol. 226, no. 2, 134-138.
10. HANAN B; DINIZ TR; LUZ MMP; CONCEIÇÃO SA; SILVA RG; LACERDA-FILHO A. Intussuscepção Intestinal em Adultos. *Rev bras Coloproct*, 2007;27(4): 432-438.
11. LUCENA MT, APEL A, SILVA MJM. Intussuscepção no Adulto. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(2):158-161.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NA REVISTA DO GHC “MOMENTO & PERSPECTIVAS EM SAÚDE”

A Revista do GHC - “*Momento & Perspectivas em Saúde*”, órgão oficial de divulgação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, tem como objetivo principal divulgar a experiência dos profissionais do GHC que atuam nas diversas áreas técnico-científicas. Desta forma estará difundindo conhecimentos que contribuam para aperfeiçoar e desenvolver a qualidade de saúde de nosso Estado e de nosso País. É uma publicação regular com periodicidade trimestral, cuja tiragem é de 500 exemplares e está disponível *online* no site <http://escola.ghc.com.br/index.php/publicacoes/87>.

A Revista aceita contribuições para publicações nas categorias: artigos originais, de revisão ou de atualização, relatos de casos e cartas aos editores, tanto de profissionais que atuam no GHC, quanto de profissionais externos, que remetam espontaneamente ou por solicitação de seus Editores e que expressem prioritariamente produção técnica e científica da área médica.

As colaborações devem ser enviadas para:

Editor da Revista do GHC - “Momento & Perspectivas em Saúde”

Comissão de Residência Médica - COREME GHC

Av. Francisco Trein, 596 - Bloco “H” - 1º Andar

Bairro Cristo Redentor - Porto Alegre - RS - CEP 91350-200

editoria-gep@ghc.com.br

Os artigos são de responsabilidade dos seus autores e é indispensável a aprovação pelo Conselho Editorial da Revista para sua publicação.

Instruções Gerais:

As instruções de ordem técnica se baseiam nas recomendações do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (Grupo Vancouver, endereço eletrônico: HREF=”<http://www.icmje.org/>” § MACRO-BUTTON HtmlResAnchor <http://www.icmje.org/>) ou podem ser obtidas no **N Eng J Méd 1997;336(4);309-15 {uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. “International Committee of Medical Journal Editors” (ICMJE)}**. Os trabalhos que resultem de pesquisa em seres humanos deverão vir encaminhados à Revista acompanhados pelo parecer e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. Esta determinação está em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, publicada nos volumes 14(1), 15(2) e 16(1) da Revista *Momento & Perspectivas em Saúde*, disponíveis no site www.ghc.com.br/gepnet ou no <http://escola.ghc.com.br/index.php/publicacoes/87/89-revista-tecnico-cientifica-do-ghc>.

Os conceitos, fundamentações, dados, experiências, fontes de pesquisa e conclusões emitidos nos trabalhos assinados, são da exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) autor(es). Todos os trabalhos encaminhados para publicação na Revista do GHC – *Momento & Perspectivas*, serão submetidos à revisão linguística, metodológica e de formatação pelo conselho editorial ou por colaboradores experts convidados pelo editor.

Os trabalhos deverão ser digitados no Microsoft Word, em papel branco, tamanho ofício, espaço duplo, com margem em todos os lados de 30 mm e páginas numeradas em sequência. Deverá ser enviada uma cópia original impressa e outra em formato digital (pendrive ou por e-mail), em um envelope para papel ofício e sem dobras. Recomenda-se a proteção do material com papelão com especial atenção às fotografias, especialmente quando postadas. As páginas deverão ser numeradas no canto inferior direito, organizadas na seguinte ordem: página-título(em português e inglês), página do resumo e do abstract (incluindo os unitermos e key words), texto propriamente dito, página de agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas, figuras e fotos, e legendas. Atrás da(s) figura(s) e fotos deverá constar à lápis, o nome do autor, o título reduzido, o número no texto e setas indicando a orientação do lado superior.

Autoria: Todas as pessoas nominadas como autor deverão responder pela autoria do artigo proposto e ter participado suficientemente do trabalho, para assumir responsabilidades pelo seu conteúdo e conclusões. Deve ter participado com contribuições substanciais durante os processos de concepção, planejamento, execução, análise e interpretação dos dados, de forma intelectualmente importante. Os autores devem explicar e

declarar eventuais conflitos de interesse.

Processo de avaliação e julgamento: Todos os manuscritos submetidos à Revista do GHC, que estiverem de acordo com estas instruções e com a política editorial da revista, serão analisados por dois revisores do conselho editorial, de reconhecida competência no assunto tratado, conforme o fluxograma da figura 1. O anonimato dos revisores está garantido durante todo o processo, assim como estes não tomarão conhecimento do(s) nome(s) do(s) autor(es). A decisão final sobre a aceitação ou rejeição dos manuscritos é tomada pelo editor e pelo menos 2 outros membros do conselho editorial.

Manuscritos recusados: *somente será devolvida ao(s) autor(es) cópia da versão original uma vez que a versão original impressa do manuscrito será arquivada na secretaria da editoria. Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar, como um novo trabalho e serão submetidos a novo processo de avaliação e julgamento.*

Manuscritos aceitos: *o autor, referido como primeiro, receberá correspondência do editor informando da aceitação e edição em que será publicado o manuscrito. Neste momento o autor transfere implicitamente todos os direitos de cópia e reprodução do manuscrito, para a editoria da Revista do GHC – Momentos & Perspectivas em Saúde.*

A página título deverá conter o título em português e em inglês, o nome completo de todos os autores acompanhado de suas titulações, a instituição onde o trabalho foi realizado e o nome, endereço e telefone de um dos autores para correspondência e pedidos de separatas.

A página do resumo e abstract conterá o título em português e um resumo semi-estruturado do trabalho, contendo Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões, com 150 palavras no máximo, seguido de dois a cinco unitermos. Em página separada deverá anexado o título em inglês, o abstract que deve ser a tradução fiel do resumo para o idioma inglês, e de duas a cinco key words. Estes descritores deverão se basear na edição anual da BIREME/OPAS/OMS dos Descritores em Ciências da Saúde, no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>.

Na **terceira página** é iniciado o trabalho propriamente dito, e de acordo com as categorias:

Texto de artigo original – a organização de artigo nesta categoria inclui Introdução, material e métodos, resultados e discussão (a conclusão pode estar no último parágrafo da discussão ou em separado). Na introdução deve conter os motivos que levaram a desenvolver o trabalho e uma revisão sucinta do assunto. Em material e métodos deve ser descrito com precisão a amostra ou população do estudo e os métodos desenvolvidos de forma que possam ser reproduzidos. Deve ser mencionado a aprovação da pesquisa no respectivo Comitê de Ética em Pesquisa. Os métodos estatísticos utilizados deverão estar explicitados neste espaço. Em resultados, estimula-se que sejam apresentados tabelas e figuras de forma auto explicativas, evitando repetição de dados. A discussão deve focar os aspectos novos e importantes do estudo, comparando-os com os de outros autores, as limitações do estudo, implicações clínicas relevantes e recomendações para estudos futuros. As conclusões deverão ser apresentadas no último parágrafo da discussão ou como um novo subtítulo, procurando sempre responder o objetivo definido na introdução.

Texto de artigo de revisão – esta categoria constitui uma revisão crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto devendo definir os procedimentos adotados, fontes e esclarecendo a delimitação e limites do tema e as conclusões do autor. Esta categoria se presta muito comumente para abrigar artigos encomendados pelos editores a experts, de experiência comprovada na área. As orientações para o preparo de artigos de revisão são as mesmas dos artigos originais, devendo incluir também *Resumo, Abstract, descritores e Key Words*.

Texto de relatos de casos – esta categoria destina-se a publicação de casos clínicos interessantes, que tenham sido devidamente estudados, e que apresentem alguma originalidade, curiosidade ou aspecto não convencional de determinada patologia ou condição clínica. As instruções para o seu preparo são as mesmas de um artigo original incluindo *Resumo, Abstract, descritores e Key Words*.

Cartas ao editor : categoria que visa discutir, comentar ou comunicar pesquisas originais, novidades na área da medicina de interesse para os leitores, ou artigos publicados recentemente na *Revista do GHC – Momento & Perspectivas em Saúde*. Podem ser utilizadas referências quando for adequado.

Referências Bibliográficas: ao final do trabalho citam-se, consecutivamente, as referências bibliográficas em ordem de aparecimento no texto, e numeradas por numerais arábicos entre parêntesis e de forma sobrescrita, conforme o exemplo a seguir: “...a paratireoidectomia é o único tratamento curativo aceito em hiperparatireoidismo primário⁽⁵⁾ especialmente neste momento em que o seu diagnóstico tornou-se segura e fácil definição⁽⁶⁻⁹⁾...”

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados baseados no “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” disponível no site <http://icmje.org>. Todos os autores deverão ser incluídos quando houver até 6 autores; quando houver sete ou mais deverá constar somente os três primeiros, seguidos de “et al”.

Exemplos de referências:

- artigo de periódico:

IRVIN GL III, PRUDHOME DL, DERISO GT et al. A new approach to parathyroidectomy. Ann Surg., 1994;219(5);574-581.

- livro:

MACHLEDER HI. Vascular disorders of the upper extremity. New York; Futura Publishing Co., 19893

- capítulo de livro:

BERGER HJ, ZARET BL, COHEN LS. Cardiovascular nuclear medicine. In: Golberger E, ed. Textbook of clinical cardiology. 1st ed. St Louis: CV Mosby, 1982: 326-345.

- observação:

Até seis autores, citam-se todos; sete autores ou mais, citam-se os três primeiros seguidos de “et al”.

As tabelas e ilustrações vêm a seguir. As tabelas são numeradas em sequência, com algarismos romanos, acompanhadas de enunciado. As ilustrações (gráficos, diagramas e fotos) são numeradas também consecutivamente com algarismos arábicos e referidas no texto como “figuras”. As fotos não podem exceder o número de seis por artigo, a cores ou preto e branco, e na medida de 10 x 15 cm. As legendas das ilustrações devem ser datilografadas/digitadas em folha à parte, respeitando a numeração contida no texto.

A última página conterá os agradecimentos, quando for o caso.

