

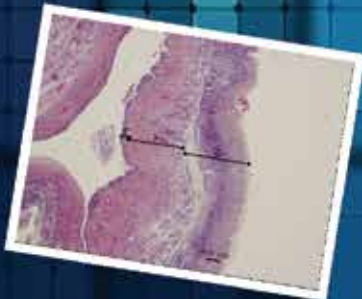
REVISTA GOIANA DE MEDICINA



Órgão Oficial da Associação Médica de Goiás, Faculdade de
Medicina da UFG e Academia Goiana de Medicina

Vol. 43 • Nº 01 • Abril de 2013

ISSN: 00349585



RISCOS OCUPACIONAIS EM FISCALIS DE SAÚDE
PÚBLICA NA CIDADE DE GOIANIA:
UM ESTUDO PILOTO

OCORRÊNCIA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA EM
RECÉM-NASCIDOS SEM INDICADORES DE RISCO
PARA SURDEZ EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS MILITARES
CONSIDERADOS INAPTOS PARA O TESTE DE
AVALIAÇÃO FÍSICA

BIÓPSIA DE PRÓSTATA POR AGULHA COMO
PREDITOR DA LOCALIZAÇÃO DO CÂNCER DE
PRÓSTATA EM PROSTATECTOMIAS RADICAIS

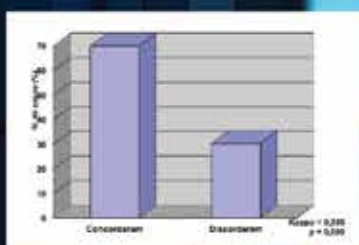
IMPACTO DA EXERESE DE ENDOMETRIOMA NA
RESERVA FOLICULAR OVARIANA

LAPAROSCOPIA NA
PREGHEZ ECTÓPICA

USO DE TELAS VAGINAIS NO TRATAMENTO DO
DEFEITO APICAL DO ASSOALHO PÉLVICO

CARCINOMA BASOCELULAR:
RELATO DE CASO

MIÍASE NASAL COM COMPLICAÇÕES GRAVES:
RELATO DE CASO



VENHA PARA A UNICRED. A INSTITUIÇÃO FINANCEIRA QUE É SUA.

“ Mais de **270 mil profissionais da saúde** em todo o país escolheram a Unicred como sua instituição financeira. ”



UNICRED - O MAIOR SISTEMA COOPERATIVO DE CRÉDITO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO PAÍS.

MAIS DE **423 AGÊNCIAS** COOPERATIVAS UNICRED EM TODO O BRASIL.

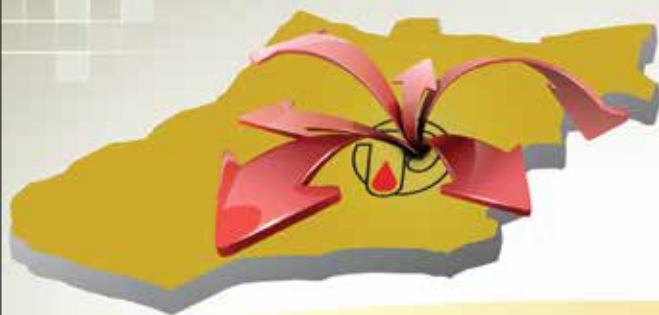
CONTE TAMBÉM COM OS **PRODUTOS COMPLETOS** DE UMA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA E AS **VANTAGENS** DE UMA COOPERATIVA QUE É SUA:

- ✓ Conta Corrente
- ✓ Cheque Especial
- ✓ Financiamentos e Empréstimos
- ✓ Aplicações Financeiras
- ✓ Débito Automático
- ✓ Assessoria Financeira
- ✓ Cartão de crédito e débito
- ✓ Seguros
- ✓ Produtos Corporativos
- ✓ Internet Banking
- ✓ Serviços de Malote

Faz sentido operar com uma instituição financeira que é sua.

UNICRED CENTRO BRASILEIRA
www.unicredgn.com.br

UNICRED



Unidades Padrão

Várias unidades no Estado de Goiás.
Uma mais perto de você.

PADRÃO[®]
LABORATÓRIO CLÍNICO
MEDICINA LABORATORIAL

O Padrão que você merece.

62 3221-9000

www.padrao.com.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

R349 Revista Goiana de Medicina/ Associação Médica de
Goiás - Vol. 43, n. 3 (abr. 2013). - Goiânia:
Contato Comunicação, 2013
44 p.: il.

Anual
ISSN: 00349585

1. Medicina - periódico DE. I. Associação Médica de Goiás.

160-2012 CDU: 61(05)

DIREITOS RESERVADOS - É proibida a reprodução total ou parcial da obra, de qualquer forma ou por qualquer meio sem a autorização prévia e por escrito do autor. A violação dos Direitos Autorais (Lei n.º 9610/98) é crime estabelecido pelo artigo 48 do Código Penal.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil
2013

EXPEDIENTE

REVISTA GOIANA DE MEDICINA

Órgão oficial de divulgação da Associação Médica de Goiás, Academia Goiana de Medicina e Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

Distribuição: dirigida e gratuita à classe médica de Goiás e do Brasil

Editores

Nílzio Antônio da Silva
Vardeli Alves de Moraes
Waldemar Naves do Amaral

Editores Eméritos

Hélio Moreira
Joffre Marcondes de Rezende

Presidente da Associação Médica de Goiás

Rui Gilberto Ferreira

Presidente da Academia Goiana de Medicina

João Damasceno Porto

Diretor da Faculdade de Medicina da UFG

Vardeli Alves de Moraes

CONSELHO EDITORIAL

Alexandro Ostermaier Lucchetti
Anis Rassi
Anis Rassi Júnior
Celmo Celeno Porto
Heitor Rosa
Juarez Antônio de Souza
Marcos Pereira de Ávila
Maria Auxiliadora do Carmo
Mário Aprobato
Mariza Martins Avelino
Rui Gilberto Ferreira
Salvador Rassi
Sandro Reginaldo

Redação:

Contato Comunicação: Rua 27A, nº 150, Setor Aeroporto/
Goiânia/Goiás - Fone: 3224-3737 • email: jornalismocontato@gmail.com

Todos os direitos reservados e protegidos pela lei 9610 (09/02/98). Nenhuma parte poderá ser reproduzida sem autorização prévia, por escrito, da Associação Médica de Goiás, Academia Goiana de Medicina e Faculdade de Medicina da UFG, sejam quais forem os meios empregados.

ÍNDICE

06

**RISCOS OCUPACIONAIS EM FISCALIS DE SAÚDE PÚBLICA
NA CIDADE DE GOIÂNIA: UM ESTUDO PILOTO**
OCCUPATIONAL RISKS FACED BY THE INSPECTORS OF PUBLIC HEALTH IN THE CITY OF GOIÂNIA
VALERIANA DE CASTRO GUIMARÃES, MARIA ALVES BARBOSA E CELMO CELENO PORTO

10

**OCORRÊNCIA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA EM RECÉM-
NASCIDOS SEM INDICADORES DE RISCO PARA SURDEZ
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**
HEARING IMPAIRMENT IN NEWBORNS WITHOUT RISK INDICATORS FOR HEARING LOSS AT A
UNIVERSITY HOSPITAL
VALERIANA DE CASTRO GUIMARÃES, MARIA ALVES BARBOSA E CELMO CELENO PORTO

14

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS MILITARES CONSIDERADOS
INAPTOS PARA O TESTE DE AVALIAÇÃO FÍSICA**
EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF MILITARY POLICE OFFICERS DEEMED UNFIT TO TAKE THE PHYSICAL
EVALUATION TEST
*SUZY DARLEN SOARES DE ALMEIDA, ODECENI VIEIRA DE SOUZA, LUDMILLA MARQUES DE OLIVEIRA,
THAIS RAMOS MIGUEL, WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO E WALDEMAR NAVES DO AMARAL*

20

**BIÓPSIA DE PRÓSTATA POR AGULHA COMO PREDITOR
DA LOCALIZAÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM
PROSTATECTOMIAS RADICAIS**
PROSTATE BIOPSY NEEDLE AS PREDICTOR OF PROSTATE CANCER LOCATION
IN RADICAL PROSTATECTOMY
GABRIELLA AMARAL DE PAULA, MARIANA PIGOZZI VELOSO E LARISSA CARDOSO MARINHO

24

**IMPACTO DA EXERESE DE ENDOMETRIOMA NA
RESERVA FOLICULAR OVARIANA**
THE IMPACT OF THE RESECTION OF ENDOMETRIOMA ON OVARIAN FOLLICULAR RESERVE
CARLO CÉSAR MUNGO E RUI GILBERTO FERREIRA

27

LAPAROSCOPIA NA PREENHEZ ECTÓPICA
LAPAROSCOPY IN ECTOPIC PREGNANCY
*TÁRIK KASSEM SAIDAH, RUI GILBERTO FERREIRA, ALEXANDRE A. BEZERRA DO AMARAL E
WALDEMAR NAVES DO AMARAL*

29

**USO DE TELAS VAGINAIS NO TRATAMENTO DO DEFEITO
APICAL DO ASSOALHO PÉLVICO**
USE OF VAGINAL MESH IN THE TREATMENT OF APICAL VAGINAL DEFECT OF THE PELVIC FLOOR
JOSÉ CARLOS BIANCHINI E RUI GILBERTO FERREIRA

32

CARCINOMA BASOCELULAR: RELATO DE CASO
BASAL-CELL CARCINOMA: CASE REPORT
*CLAUDINEY CANDIDO COSTA, EDSON JÚNIOR DE MELO FERNANDES,
VALERIANA DE CASTRO GUIMARÃES E FABIANO SANTANA MOURA*

35

MIIASE NASAL COM COMPLICAÇÕES GRAVES
NASAL MYIASIS WITH SERIOUS COMPLICATIONS
*EDSON JÚNIOR DE MELO FERNANDES, CLAUDINEY CANDIDO COSTA,
VALERIANA DE CASTRO GUIMARÃES E FABIANO SANTANA MOURA*

REGRAS PARA PUBLICAÇÃO

A revista aceitará material original para publicação no campo relacionado à medicina feita em Goiás. A revista publicará:

1. Artigos originais completos sejam prospectivos, experimentais ou retrospectivos.
2. Relatos de casos de grande interesse desde que bem documentados clínica e laboratorialmente.
3. Números especiais com anais, coletâneas de trabalhos apresentados nos congressos brasileiros e suplementos com trabalhos versando sobre tema de grande interesse.
4. Artigos de revisão, inclusive meta-análises e comentários editoriais, a convite, quando solicitados a membros do conselho editorial.

A revista não aceitará material editorial com objetivos comerciais.

PROCESSAMENTO

Todo material enviado será analisado pelo Corpo Editorial da revista. Os artigos que não preencherem as normas editoriais serão rejeitados neste estágio. Aqueles que estiverem de acordo serão enviados a dois revisores indicados pelos editores e poderão ser modificados, desde que não modifiquem o conteúdo científico.

DIREITOS AUTORAIS (COPYRIGHT)

É uma condição de publicação em que os autores transferem os direitos autorais de seus artigos à Revista Goiana de Medicina. Todos os artigos deverão ser enviados com uma carta de encaminhamento assinada por todos os autores relatando que o trabalho para publicação é original e que não foi enviado para análise ou publicado em outras revistas, no todo ou parcialmente. Na carta ainda deve estar explícito que os autores transferem os direitos autorais para a Revista Goiana de Medicina e concordam com as normas editoriais. A transferência dos direitos autorais à revista não afeta os direitos de patente ou acordos relacionado aos autores. As figuras, fotos ou tabelas de outras publicações podem ser reproduzidas desde que autorizadas pelo proprietário. A autorização escrita deve ser enviada junto com manuscrito.

AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE

O conteúdo intelectual dos manuscritos é de total responsabilidade de seus autores. O Corpo Editorial não assumirá qualquer responsabilidade sobre as opiniões ou afirmações dos autores. Todo esforço será feito pelo Corpo Editorial para evitar dados incorretos ou imprecisos. O número de autores deve ser limitado em seis.

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os autores enviarão cópia do manuscrito juntamente com figuras, fotos ou tabelas originais. O manuscrito deve identificar um autor como correspondente para onde serão enviadas as notificações da revista. Deverá conter o endereço completo, telefone, fax e e-mail desta pessoa. Os trabalhos devem ser enviados em carta registrada ou por meio eletrônico no email jornalismocontato@gmail.com

APRESENTAÇÃO

Os manuscritos devem ser digitados em espaço duplo em um só lado da folha de papel A4. Os artigos originais devem conter os seguintes tópicos: Título (português e inglês), resumo (português e inglês), introdução, métodos, resultados, discussão, agradecimentos e referências. Cada tópico deve ser iniciado em uma nova página. Os relatos de casos devem ser estruturados em: introdução, relato de caso, discussão e referências. A primeira página deve incluir: título, primeiro e último nome dos autores e sua filiação, títulos (não mais que 20 letras), palavras chaves (5-8) e o endereço para correspondência. A segunda página deve conter o título do

manuscrito no cabeçalho e cuidado deve ser tomado no restante do texto para que o serviço ou os autores não possa ser identificado (suprimi-los).

RESUMO

O resumo dos artigos originais deve ser dividido em seções contendo informações que permita ao leitor ter uma ideia geral do artigo, sendo divididos nos seguintes tópicos: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Não deve exceder 250 palavras. O resumo dos relatos de casos deve ser em um único parágrafo. Uma versão em inglês do resumo e das palavras chaves deve ser fornecido.

ESTILO

As abreviaturas devem ser em letras maiúsculas e não utilizar ponto após as letras, ex: US e não U.S.. As análises estatísticas devem ser pormenorizadas no tópico referente aos métodos. O uso de rodapé não será permitido, exceto em tabelas. O Corpo Editorial reserva o direito de alterar os manuscritos sempre que necessário para adaptá-los ao estilo bibliográfico da revista.

LITERATURA CITADA

As referências devem ser numeradas consecutivamente à medida que aparecem no texto e depois nas figuras e tabelas se necessárias, citadas em numeral sobrescrito, ex: "Trabalho recente sobre o efeito do ultrassom²² mostra que...". Todas as referências devem ser citadas no fim do artigo seguindo as informações abaixo:

1. et al. Não é usado. Todos os autores do artigo devem ser citados.
2. As abreviações dos jornais médicos devem seguir o formato do Index Medicus.
3. Trabalhos não publicados, artigos em preparação ou comunicações pessoais não devem ser usadas como referências. Quando absolutamente necessárias, somente citá-las no texto.
4. Não usar artigos de acesso difícil ou restrito aos leitores, selecionando os mais relevantes ou recentes. Nos artigos originais o número de referência deve ser limitado em 25 e os relatos de casos e cartas em 10.
5. A exatidão dos dados da referência é de responsabilidade dos autores.

As referências devem seguir o estilo Vancouver como nos exemplos abaixo:

Artigos de jornais: Cook CM, Ellwood DA. A longitudinal study of the cervix in pregnancy using transvaginal ultrasound. Br J Obstet Gynaecol 1966; 103:16-8.

In press: Wyon DP. Thermal comfort during surgical operations. J Hyg Camb 20-; in press (colocar o ano atual).

Artigo em livro editado: Speroff L, Glass RH, Kase NG. In Mitchell C, ed. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Baltimore, USA: Williams & Wilkins, 1994:1-967.

ILUSTRAÇÕES

O uso de símbolos nas ilustrações devem ser consistentes com os utilizados no texto. Todas as ilustrações devem ser identificadas no verso com o nome do autor principal e número da figura. Se a orientação da figura não é óbvia, favor identificá-la no verso. As legendas das ilustrações devem ser digitadas em páginas separadas. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto do manuscrito e numeradas de acordo com aparecimento, ex: figura 3.

TABELAS

As tabelas devem ser digitadas em páginas separadas e os seguintes símbolos devem ser usados no rodapé: *, †, ‡, §. Todas as tabelas devem ser citadas no texto.

RISCOS OCUPACIONAIS EM FISCAS DE SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE GOIÂNIA: UM ESTUDO PILOTO

OCCUPATIONAL RISKS FACED BY THE INSPECTORS OF PUBLIC HEALTH IN THE CITY OF GOIÂNIA

VALERIANA DE CASTRO GUIMARÃES¹

MARIA ALVES BARBOSA²

CELMO CELENO PORTO³

Palavras-chave: Vigilância sanitária; acidente de trabalho; doença ocupacional; riscos ocupacionais

Keywords: Sanitary surveillance; work accident; occupational disease; occupational risks

RESUMO

Os fiscais de saúde pública são profissionais da saúde das mais diversas áreas, que se ocupam da fiscalização em estabelecimentos que prestam serviços à comunidade. Objetivo foi investigar os riscos ocupacionais a que estão sujeitos os fiscais que atuam na cidade de Goiânia-GO. Estudo transversal, realizado no Departamento de Vigilância Sanitária Municipal cuja população constituiu-se de fiscais de saúde pública. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi o questionário que investigava a ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais entre os participantes. Detectou-se o contato com materiais infecto-contagiosos, agentes radioativos, acidentes automobilísticos e Lesão por Esforço Repetitivo. Foi detectada também agressão ocupacional dos contribuintes aos fiscais. Concluiu-se que assim como outros profissionais, os fiscais estão expostos a riscos, sendo prevalentes os biológicos, físicos e a violência ocupacional. Recomenda-se estudos no sentido de se buscar alternativas capazes de reduzir as violências sofridas pelos profissionais no desempenho de suas atividades. Elaboração de formulários padronizados específicos para a inspeção e fornecimento de equipamento de proteção individual.

ABSTRACT

The inspectors of public health are professional of the health of the most diverse areas, which are occupied with the supervision of the establishments that provides services to the community. The study intended to investigate the occupational risks that the inspectors who act in the city of Goiânia are exposed to. Transversal study, realized in the Department of Municipal Sanitary Surveillance whose population consisted of inspectors of public health. The instrument used for the collection of the data was the questionnaire that investigated the occurrence of occupational accidents and illnesses between the participants. It was detected the contact with infectum-contagious materials, agent radioactive, automobile accidents and LRE. Occupational aggression of the contributors to the inspectors was also detected. It was concluded that, as well as other professionals, the inspectors are exposed to the risks, being prevalent the biological, physical and the occupational violence. It is recommended studies in the direction of searching alternatives capable to reduce the violence suffered by the professionals in the performance of its activities. Working up of standardized form specific for the inspection and supply of individual protection equipment.

INTRODUÇÃO

O trabalho dignifica o homem, trazendo inúmeros benefícios à sua vida. Entretanto há situações em que o trabalho compromete a saúde do indivíduo, se constituindo nas doenças ocupacionais, aquelas que surgem no trabalho ou em decorrência dele, podendo acarretar danos físicos e mentais. A preocupação com a saúde do

trabalhador vem crescendo a cada dia, pois seus efeitos refletem tanto no profissional quanto no ambiente em que este atua.

Cabe ao Sistema Único de Saúde – SUS garantir assistência à saúde, desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores expostos aos riscos de adoecer¹.

Os riscos ocupacionais são classificados em: químicos, físicos,

Artigo desenvolvido na disciplina saúde do trabalhador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

1. Fonoaudióloga Epidemiologista e doutora em Ciências da Saúde. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

2. Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

3. Doutor em Medicina, professor emérito da Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

biológicos. A exposição a substâncias tóxicas que causam danos ao organismo está ligada aos riscos químicos².

Os riscos físicos podem estar associados à carga física e a postura, enquanto os sinais e sintomas dependerão do tempo e grau dessa exposição. Dentre os riscos físicos, a doença ocupacional mais comum é a lesão por esforço repetitivo – LER, definida como uma doença de origem ocupacional que pode afetar o sistema músculo-esquelético, ligamentos, tendões, nervos de forma isolada ou associada, com ou sem degeneração de tecidos comprometendo membros superiores, escápula e pescoço^{3,4}.

Nos serviços de saúde, devido à peculiaridade das atividades dos profissionais, geralmente as mãos são as partes do corpo mais usadas, e, portanto mais susceptível a doenças ocupacionais como tendinites, luxações entre outras⁵.

A contaminação com material biológico como sangue e secreções está relacionada aos riscos biológicos. Esses riscos são considerados os acidentes mais comuns dentro do ambiente hospitalar, pois no seu dia-a-dia o trabalhador está continuada e potencialmente exposto aos riscos desta natureza, uma vez que doente e doenças variadas estão presentes^{2,6}.

A violência ocupacional ocupa papel de destaque, configura-se como uma situação preocupante e frequente entre trabalhadores. Essas agressões trazem resultados desastrosos aos trabalhadores, incluindo desde danos físicos, temor, estresse, depressão, perda da auto-estima até prejuízo ao trabalho prestado. A personalidade e individualidade do profissional, a estrutura física e ambiente de trabalho, bem como os aspectos psico-sócio-econômico do cliente são elementos que podem influenciar na violência ocupacional⁷⁻¹⁰.

A violência é o uso com intenção da força física ou mental, usada contra si, contra outro sujeito, ou um grupo de pessoas que pode ou não levar ao homicídio, dano físico ou mental¹¹.

A sobrecarga mental, decorrente de toda a carga exigida, a pressão e concentração no trabalho, são outros riscos que rodeiam os profissionais de saúde^{12,13}.

A Vigilância Sanitária tem como missão a proteção e promoção à saúde da população em geral. Compete à vigilância promover medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, além de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde. Sua função é identificar e controlar os fatores que direta ou indiretamente possam oferecer danos à saúde individual e coletiva¹⁴. A Vigilância Sanitária existe nos três níveis de governo, em âmbito federal cabe a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a normalização das ações. Cabendo as secretarias estaduais e municipais desenvolver e executar atividades de vigilância conforme a legislação em vigor e normatização da ANVISA^{14,15}.

A vigilância sanitária desenvolve ações de caráter educativo, normativo, fiscalizador e, por último punitivo. Os profissionais deste órgão têm a incumbência de garantir o cumprimento de

normas e padrões de interesse sanitário referentes a produtos de consumo que representem riscos a saúde coletiva. Como nas demais profissões estes trabalhadores estão frequentemente expostos a riscos ocupacionais inerentes à sua atividade¹⁵.

A literatura é vasta quando o assunto é saúde do trabalhador, sendo encontradas inúmeras pesquisas nas mais variadas áreas profissionais. Entretanto, em Fiscais de Saúde Pública não foram identificados estudos semelhantes.

O objetivo deste estudo-piloto foi investigar os riscos ocupacionais a que estão sujeitos os fiscais de saúde pública que atuam no Departamento de Vigilância Sanitária no município de Goiânia.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo-piloto descritivo, realizado no Departamento de Vigilância Sanitária Municipal – VISA na cidade de Goiânia, no período de janeiro a maio de 2007.

Os 104 fiscais da VISA foram convidados e 53 participaram do estudo. Atualmente a Vigilância municipal conta com fiscais graduados nas diversas áreas da saúde: enfermeiros, médicos, biomédicos, farmacêuticos, odontólogos, nutricionistas, veterinários entre outros, que se ocupam da fiscalização em diversas unidades.

A população investigada nesta pesquisa constituiu-se de fiscais de ambos os sexos, contratados via concurso público que trabalham, em regime de escala, em variados locais da região de Goiânia, com experiência média de 12 anos na área de fiscalização. A carga horária de cada um totaliza 40 horas semanais. Atuam na inspeção de estabelecimentos de saúde, laboratórios, escolas, creches, farmácias, restaurantes, lanchonetes, hotéis, açougues, supermercado, enfim todo e qualquer ambiente que ofereça prestação de serviços à comunidade.

Os critérios utilizados para a inserção no referido estudo foram: ser fiscal de saúde pública e atuar/trabalhar no Departamento de Vigilância Sanitária no município de Goiânia.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário elaborado pelas autoras contendo questões abertas. O instrumento avaliou basicamente quatro parâmetros: ocorrência de algum tipo de acidente ocupacional, os acidentes ocupacional a que o profissional se julga exposto, as prováveis doenças ocupacionais que podem acometer sua atividade e a utilização de algum tipo de equipamento de proteção individual. O questionário foi aplicado pelas pesquisadoras na própria VISA.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás sob protocolo n.º. 152/06. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 104 fiscais de saúde pública atuantes na VISA, 53 (51%) participaram do estudo. Destes 27 (50,9%) pertenciam ao gênero masculino e 26 (49,1%) ao feminino. O tempo de atuação na fiscalização varia de 9 a 15 anos, uma média de 12 anos, conforme quadro 1.

Os resultados demonstraram que 24 (45,3%) dos entrevistados já sofreram algum tipo de acidente ocupacional. Do total, treze (54,1%) apresentaram LER, ou sofreram acidentes com perfuro-cortantes. Sete (29,2%) sofreram violência verbal e/ou física e quatro (16,7%) foram vítimas de acidentes automobilísticos (quadro 2).

Todos os fiscais demonstraram inquietação com vários acidentes ocupacionais, apontando dois ou mais riscos. 52 (32,5%) relataram exposição aos riscos físicos, apontando os acidentes de trânsito, quedas, e as lesões por esforços repetitivos. Mordidas de animais, perda auditiva e choques elétricos também foram citados pelos fiscais. 48 (30,0%) referiram a violência ocupacional no ato da fiscalização. 31 (19,4%) citaram os riscos químicos a que estão sujeitos na inspeção em setores radioativos. 29 (18,1%) destacaram a exposição aos riscos biológicos que podem ocorrer durante a fiscalização (quadro 3).

A LER foi citada como a doença ocupacional com maior probabilidade de ocorrência em 100% dos entrevistados. Cinquenta (43,2%) profissionais citaram o estresse mental e físico, depressão, doença crônica degenerativa, e as doenças respiratórias em decorrência do trabalho. 43 (29,5%) relataram as doenças infectocontagiosas (quadro 4).

Entre os entrevistados 36 (67,9%) afirmaram a não utilização de Equipamento de Proteção Individual – EPI e 17 (32,1%) apontaram o uso de EPIs de acordo com o ambiente inspecionado. O cinto de segurança veicular foi citado como um equipamento de proteção individual, pois os fiscais utilizam veículos para a fiscalização dos estabelecimentos.

DISCUSSÃO

A limitação do presente estudo é evidenciada pelo fato da investigação ter sido realizada em um único município, entretanto, apresenta os riscos ocupacionais mais frequentes a que estão expostos um grupo de fiscais de saúde pública que atuam na VISA no município de Goiânia, danos estes inerentes à sua atividade, sendo que os resultados podem oferecer subsídios para novos estudos sobre a temática.

Goiânia é uma cidade com um crescimento acelerado, com isso surgem novos estabelecimentos, e conseqüentemente se ampliam os espaços de fiscalizações, pois os novos ambientes precisam ser orientados quanto às normas de saúde.

Por atuarem em ambientes insalubres, 24 dos entrevistados já foram acometidos por algum tipo de acidente ocupacional. Os movimentos repetitivos durante a escrita no momento da inspeção, fazem da LER um risco evidente. Esses resultados poucos diferem dos estudos de Guimarães et al (2005), que referiram ser as mãos as partes do corpo mais usadas, o que as tornam mais susceptíveis a este tipo de lesão. As lesões com perfuro-cortantes podem levar a uma contaminação com material biológico. Estudos revelam que os riscos biológicos são considerados os acidentes mais comuns dentro do ambiente de saúde^{2,6}. Quedas em pisos escorregadios, choque elétrico e mordida de cão foram também mencionadas pelos entrevistados. Cautela no exercício da pro-

fissão é algo que deve fazer parte do cotidiano visando evitar os acidentes ocupacionais.

A violência verbal e física no ambiente de trabalho ou em decorrência dele, por parte do contribuinte, no momento da fiscalização ou em função dela, foi mencionada por alguns fiscais. Esse tipo de acidente pode ocasionar enormes prejuízos aos trabalhadores, proporcionando conseqüências de ordem pessoal e profissional. Resultados semelhantes foram encontrados por

Quadro 1: Distribuição por tempo de atuação dos fiscais de saúde pública

Tempo de atuação	Fiscais de Saúde Pública	
	N	(%)
De 0 a 05 anos	-	0
De 06 a 10 anos	33	62,3
De 11 a 15 anos	20	37,7
Total	53	100,0

Quadro 2: Distribuição por acidentes ocupacionais sofridos pelos fiscais de saúde pública

Acidentes sofridos	Fiscais de Saúde Pública	
	N	(%)
LER	8	33,3
Violência verbal	7	29,2
Acidentes com perfuro-cortante	5	20,8
Outros (acidentes automobilísticos)	4	16,7
Total	24	100,0

Quadro 3: Distribuição por predisposição a riscos ocupacionais

Tipos de riscos*	Fiscais de Saúde Pública	
	N	(%)
Físicos (acidentes automobilísticos, quedas, choques elétricos, mordida de cão)	52	32,5
Violência ocupacional	48	30,0
Químicos	31	19,4
Biológicos	29	18,1
Total	160	100,0

* Alguns fiscais apontaram mais de um tipo de risco

Quadro 4: Distribuição por prováveis doenças ocupacionais em decorrência da atividade

Tipos de riscos*	Fiscais de Saúde Pública	
	N	(%)
LER	53	36,3
Estresse mental/físico, depressão, doenças respiratórias	50	43,2
Doença infectocontagiosa	43	29,5
Total	146	100,0

* Alguns fiscais apontaram mais de uma doença

Quadro 5: Distribuição por uso de Equipamentos de Proteção Individual

Usa EPIs	Fiscais de Saúde Pública	
	N	(%)
Sim	17	32,1
Não	36	67,9
Total	53	100,0

determinados autores que relatam ser a violência ocupacional algo comum e preocupante em profissionais de saúde^{7,8,16}. O sistema assegura que ao trabalhador é garantido o direito à saúde e condições dignas e saudáveis de trabalho (Cartilha, 2006, p2).

A preocupação com os acidentes ocupacionais de origem biológica, química e física é constante no dia-a-dia dos fiscais entrevistados. Eles se referem à exposição aos riscos biológicos por meio do contato direto com os inúmeros materiais biológicos, que podem ocorrer durante a fiscalização. Destacam a exposição aos agentes químicos, enfatizando a exposição física a radiação ionizante e substâncias tóxicas a que são submetidos no ato da inspeção em setores radioativos. Nos riscos físicos apontam como responsáveis os possíveis acidentes de trânsito, quedas a que estão vulneráveis e às lesões por esforços repetitivos em decorrência da escrita. A maioria dos participantes ilustrou a violência ocupacional ocorrida no ato da fiscalização como risco prevalente. Esses achados encontram ressonância aos demais estudos que apontam os riscos biológicos, físicos, químicos além das violências ocupacionais frequentes em ambientes de saúde^{5,7,8,9,16,13}. Choques elétricos, mordidas de animais e perda auditiva também foram citadas por alguns fiscais.

Todos os fiscais apontaram a LER devido aos movimentos repetitivos realizados com as mãos em decorrência da escrita, assim como a aquisição de enfermidade infecto-contagiosa durante as inspeções aos estabelecimentos, como as doenças ocupacionais com maior probabilidade de ocorrência. Os entrevistados destacaram ainda a predisposição ao estresse mental e físico, depressão, doenças crônicas degenerativas, e as doenças respiratórias em decorrência da própria atividade que exercem. Todas as doenças ocupacionais relatadas pelos participantes do estudo ocorrem com frequência em estabelecimentos de saúde^{2,5,7,6,8,12,15,16}.

A não utilização de Equipamento de Proteção Individual - EPIs foi evidenciada na grande maioria dos entrevistados, os quais relataram ter consciência dos riscos negligenciando o uso. Os demais apontaram o uso de EPIs de acordo com o ambiente inspecionado, equipamentos estes, cedidos pelos estabelecimentos. Reportando o uso de jaleco, sapatos fechados, luvas, máscaras, gorros, avental, óculos de proteção e dosímetro, este último durante fiscalização em setores radioativos. A probabilidade de acidente ocupacional é grande dentre os fiscais, e na mesma proporção deve estar às medidas preventivas.

Para deslocarem-se de um estabelecimento para outro, os fiscais utilizam veículos, estando, portanto, sujeitos a acidentes automobilísticos, motivo pelo qual alguns dos fiscais entrevistados incluíram o cinto de segurança veicular como um equipamento de proteção individual em sua profissão.

Conforme art. 65 do Código de Trânsito Brasileiro é obrigatório o uso de cinto de segurança pelo condutor e pelos passageiros. Em casos de acidentes, o uso do cinto de segurança previne em até 60% as lesões, como afirma o ortopedista Dr. José Sérgio¹⁸.

O diretor da Superintendência Municipal de Trânsito e Transporte (SMT-GO) alerta que a negligência em não utilizar

o dispositivo de segurança é particular, mas o seu custo é coletivo, uma vez que aos custos hospitalares são elevados¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que no ambiente estudado as agressões ocupacionais físicas e verbais provocadas por contribuintes acometem com frequência os fiscais de saúde pública. Esses agravos ocupacionais podem afetar a capacidade produtiva do profissional comprometendo não só sua atividade no trabalho, mas também sua vida diária.

Recomenda-se estudos no sentido de se buscar alternativas capazes de reduzir as violências sofridas pelos profissionais no desempenho de suas atividades, como: capacitar os fiscais para lidar com situações críticas de violência, regular o acesso de pessoas no departamento; manter seguranças nas entradas do prédio; desenvolver um programa de prevenção à violência para o departamento. Elaboração de formulários com marcação objetiva, contendo os itens mais frequentes e relevantes observados no ato da fiscalização, diminuindo assim, a necessidade da escrita, visando a prevenção à LER. Fornecimento de equipamento de proteção individual: luvas, máscara, gorros, jalecos descartáveis entre outros, necessários para inspeção de determinados locais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Associação Paulista de Medicina. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 41-44.
2. Souza M. Controle de riscos nos serviços de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2000; 13: 197-202.
3. Merlo ARC, Jacques MGC, Hoefel MGL. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. *Psicol Reflex Crit.* 2001; 14(1): 253-8.
4. Ministério da Previdência Social. Normas Técnicas sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 11 de julho de 1997, Seção 03, p.14231-9.
5. Guimarães RM, Mauro MYC, Mendes R, Melo AO, Costa TF. Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidente de trabalho: um estudo caso-controle. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(3): 282-94.
6. Jorge R et al. Acidente biológico em hospital universitário. *Rev Med HSVP.* 2000; 11(26): 19-22.
7. Cezar ES, Marziale MHP. Problemas de violência ocupacional em serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Publ.* 2006; 22(1): 217-21.
8. Junior EAS. Vítimas da violência no trabalho: retrato da situação dos médicos das unidades de pronto atendimento 24h da Prefeitura de Belo Horizonte [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
9. Machado JMH, Gomez CM. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. *Cad Saude Publ.* 1994; 10 (Suppl 1):74-87.
10. National Institute for Occupational Safety and Health/Centers for Disease Control and Prevention. Violence occupational hazards in hospitals [homepage na internet]. [citado 2006 Out 06]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/2002-101.html>
11. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 p.3.
12. Mauro MYC, Guimarães RM, Muzi CD, Mauro CCC. Riscos ocupacionais em saúde *Rev Enferm (Rio de Janeiro).* 2004; 12: 316-22.
13. Sobrinho CLN, Carvalho M, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Publ (Rio de Janeiro).* 2006; 22(1):131-40
14. Anvisa [homepage na internet]. Brasília (DF): [citado 2007 Fev 10]. Disponível em: <http://www.anvisa.org.br>
15. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância Sanitária. Goiânia (GO): Arquivos; 2007.
16. Minayo MCS. Violência como indicador de qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.* 2000; 13:159-80.
17. Secretaria de Estadual da Saúde. A saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: o que você precisa saber sobre. Goiânia (GO): Cartilha SES-GO; 2006.
18. Falta do cinto traseiro eleva mortes em acidentes. *O Popular* 2007 mai 07; p.2

OCORRÊNCIA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA EM RECÉM-NASCIDOS SEM INDICADORES DE RISCO PARA SURDEZ EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

HEARING IMPAIRMENT IN NEWBORNS WITHOUT RISK INDICATORS FOR HEARING LOSS AT A UNIVERSITY HOSPITAL

VALERIANA DE CASTRO GUIMARÃES¹

MARIA ALVES BARBOSA²

CELMO CELENO PORTO³

Palavras-chave: Diagnóstico Precoce; Perda Auditiva; Surdez; Triagem Neonatal

Keywords: Early Diagnosis; Hearing Loss; Deafness; Neonatal Screening

RESUMO

INTRODUÇÃO: O diagnóstico e a intervenção precoces na surdez são de fundamental importância no desenvolvimento infantil, pois a perda auditiva é mais prevalente que outros distúrbios encontrados ao nascimento.

OBJETIVO: Estimar a ocorrência de alterações auditivas em recém-nascidos sem indicadores de risco para a surdez em um hospital universitário.

MATERIAL E MÉTODO: Estudo transversal prospectivo que avaliou 165 recém-nascidos, nascidos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, entre maio de 2008 a maio de 2009. Resultados: Dos 165 triados, 27 (16,4%) apresentaram ausência de emissões, sendo encaminhados para a segunda emissão. Das 14 (51,9%) crianças que compareceram no reteste, 5 (35,7%) permaneceram com ausência e foram encaminhadas ao otorrinolaringologista. Quatro (80,0%) compareceram e foram examinadas pelo médico. Destas, 2 (50,0%) apresentaram otoscopia normal, sendo encaminhadas para avaliação do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE). Do total de crianças estudadas, 147 (89,1%) tiveram presença de emissões em um dos testes e, 1 (0,6%) com diagnóstico de surdez.

CONCLUSÃO: A ocorrência de alterações auditivas na população estudada foi de 0,6%.

ABSTRACT

INTRODUCTION: An early diagnosis and intervention in hearing loss are key for child development, as the prevalence for hearing impairments is higher than that of other birth disorders.

OBJECTIVE: To estimate the occurrence of hearing changes in newborns without risk indicators for hearing loss at a university hospital.

MATERIAL AND METHOD: This cross-sectional, prospective study assessed 165 newborns, delivered at a public hospital, between May of 2008 and May of 2009. Results: Considering the 165 participants, emissions were absent in 27 (16.4%), who were thus forwarded for a second emission. Of the 14 (51.9%) children who attended the retest, 5 (35.7%) continued without emission and were therefore forwarded to an otolaryngologist. Four (80.0%) children attended the appointment and were examined by the physician. Two (50.0%) presented a normal otoscopy, and were forwarded for an assessment of the Brainstem Auditory Evoked Potentials (BAEP). Considering all the studied children, for 147 (89.1%) emissions were present in one of the tests and, one child (0.6%) was diagnosed with hearing loss.

CONCLUSION: It was found that 0.6% of the studied population presented hearing changes.

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia e Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

2. Fonoaudióloga Epidemiologista, doutora em Ciências da Saúde, otorrinolaringologia Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

3. Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

4. Doutor em Medicina, professor emérito da Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

INTRODUÇÃO

A surdez infantil é considerada um problema de saúde pública, desse modo, a preocupação com a audição cresce a cada dia, pois a doença acomete de um a três neonatos saudáveis em cada 1.000 nascimentos e aproximadamente dois a quatro em 1.000 bebês de risco. A surdez é a enfermidade mais prevalentemente (30:10.000) relacionada ao nascimento, quando comparada a outras enfermidades como, por exemplo, aquelas detectadas com o teste do pezinho, a fenilcetonúria (1:10.000); anemia falciforme (2:10.000); hipotireoidismo (2,5:10.000) (Segre, 2003; Mattos et al, 2009; Guimarães e Barbosa, 2010; Guimarães, 2011; Gatanu, 2011; Guimarães e Barbosa, 2012).

Em todo mundo, vários programas de triagem auditiva neonatal foram desenvolvidos, em defesa da detecção precoce das alterações auditivas. A Academia Americana de Pediatria (1999) e o Joint Committee on Infant Hearing (2000) sugerem que os Programas de Triagem Auditiva Neonatal (PTAN) realizem avaliação objetiva por medida eletrofisiológica, usando as EOA e/ou Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) (Gatanu, 2011; CFFa, 2000). No entanto, o exame do PEATE apresenta custo elevado e demanda muito tempo para sua aplicação, não sendo recomendado como método de primeira linha na triagem universal (Segre, 2003).

O exame de Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes (EOAT) vêm sendo amplamente utilizado em todo mundo. A aplicação mais promissora das emissões evocadas refere-se ao seu uso como dispositivo de triagem para a identificação de deficiência auditiva, especialmente em recém-nascidos e lactentes existentes em todo o mundo. O procedimento não oferece danos, riscos, é rápido, indolor, com alta sensibilidade e especificidade para detectar alterações auditivas de fácil utilização, objetivo, não invasivo, rápido, de baixo custo, possibilita a triagem de um grande número de crianças e é observado em quase todas as orelhas normais (Guimarães e Barbosa, 2012; Guimarães, 2011; Guimarães e Barbosa, 2010; Gatanu, 2011; Barreira-Nielsen et al, 2007).

A partir dessa perspectiva, este estudo tem por objetivo estimar a ocorrência de alterações auditivas em recém-nascidos sem indicadores de risco para a surdez em um hospital universitário.

MATERIAL E MÉTODO

Após aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo nº 090/2005), iniciou-se o presente estudo. Trata-se de um estudo de delineamento transversal prospectivo realizado na maternidade de um hospital universitário, no período de maio de 2008 a maio de 2009.

A população de referência para o presente estudo, abrangeu os recém-nascidos que compareceram para triagem entre maio de 2008 a maio de 2009. A amostra investigada nesta pesquisa constituiu-se de 165 recém-nascidos. Desse modo, as variáveis analisadas foram: sexo, idade gestacional e o resultado do registro das emissões.

A coleta de dados ocorreu no serviço de audiolgia do hospital, onde a mãe ou responsável respondia a uma anamnese, que abordava dados relativos à saúde no período gestacional e neonatal, além de colher informações sobre a presença ou não dos indicadores de risco para a surdez.

Foram incluídas, na amostragem, crianças nascidas na maternidade, de ambos os sexos, sem fator de risco para surdez cujos responsáveis concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Adotou-se como critérios de exclusão os recém-nascidos portadores de indicadores de risco para surdez, aqueles nascidos em outras unidades de saúde e/ou fora do período de abrangência do estudo, bem como aqueles cujos responsáveis não concordaram em participar da pesquisa.

Os exames foram agendados para avaliação ambulatorial durante o primeiro mês de vida da criança. Para a avaliação da função coclear foi utilizado um aparelho de emissões otoacústicas transientes (EOAT) Capella (Madsen) conectado a um microcomputador portátil. Durante o sono natural ou após amamentação, a sonda para captação das emissões foi acoplada no conduto auditivo externo do recém-nascido. De acordo, com a distribuição anatômica das frequências na cóclea considerou-se, como critérios de normalidade, presença de resposta em três das cinco bandas de frequência, nível de relação sinal/ruído igual ou superior a 6 dBNPS (deciBel Nível de Pressão Sonora) nas frequências de 2, 3 e 4KHz e reprodutibilidade igual ou superior a 50%, bem como relação sinal/ruído igual ou superior a 3 dBNPS e reprodutibilidade igual ou superior a 50% nas frequências de 1 e 1,5 KHz (Guimarães e Barbosa, 2012).

Caso o exame apresentasse alterado na primeira triagem, uma segunda triagem era realizada 15 dias após a primeira EOAT. Na segunda triagem, assim como na primeira, foi realizada uma nova avaliação das EOAT. Nos casos em que o segundo exame permaneceu alterado, as crianças foram encaminhadas ao médico otorrinolaringologista. Nesta etapa, as crianças, nas quais a otoscopia encontrava-se normal, foram conduzidas a fase da investigação, e encaminhadas à realização do exame de PEATE. As crianças com alterações otoscópica foram tratadas e posteriormente submetidas ao terceiro exame de EOAT (Guimarães e Barbosa, 2012).

Os dados coletados foram organizados em planilha eletrônica do Excel e analisadas no software BioEstat versão 5.0. Na análise estatística utilizou-se teste de Fisher em substituição ao Qui-quadrado nas tabelas em que se relacionavam os sexos (masculino e feminino) com a ausência de resposta. Para conclusão quanto ao teste, fixou-se o nível de 95% de confiança, ou seja, $p < 0,05$ significativo.

RESULTADOS

Os 165 recém-nascidos que compareceram a triagem foram avaliadas por meio do teste das EOAT, sendo 87 (52,7%) do sexo masculino e 78 (47,3%) do feminino. A idade variou de um dia

a oito meses. Quanto ao nascimento, 164 (99,4%) nasceram a termo e 1 (0,6%) pós-termo.

Na primeira avaliação dos recém-nascidos que apresentaram presença de emissões, 70 (50,7%) eram do sexo masculino e 68 (49,3%) do sexo feminino. Nos casos de ausência de resposta, 12 (44,5%) do sexo masculino apresentaram ausência bilateral e 5 (18,5%) unilateral. Em relação ao sexo feminino, 5 (18,5%) apresentaram ausência unilateral e 5 (18,5%) bilateral. Observa-se que não houve diferença significativa em relação ao sexo e a falha ($p = 0,254$), como evidenciado na Tabela 1.

Tabela 1: Ausência na primeira triagem auditiva segundo alteração uni ou bilateral. 2010.

Primeira EOA	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ausência unilateral	5	18,5	5	18,5	10	37,0
Ausência Bilateral	12	44,5	5	18,5	17	63,0
Total	17	63,0	10	37,0	27	100,0

Teste Fisher: $p = 0,254$

Dos 165 recém-nascidos atendidos, 27 (16,3%) apresentaram ausência de emissões e foram encaminhados para a segunda avaliação. Uma criança, devido à idade mais avançada (8 meses) foi encaminhada diretamente ao médico otorrinolaringologista. Daqueles, 14 (51,9%) compareceram e 13 (48,1%) não compareceram ao reteste.

Do total de crianças avaliadas no segundo exame, 9 (64,3%) apresentaram presença de emissões, e 5 (35,7%) permaneceram com ausência de emissões em ambas as orelhas como demonstra a Tabela 2.

Das 5 crianças encaminhadas para avaliação médica, 4 (80,0%)

Tabela 2: Ausência na segunda triagem auditiva segundo alteração uni ou bilateral. 2010.

Segunda EOA	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ausência unilateral	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Ausência Bilateral	5	100,0	-	0,0	5	100,0
Total	5	100,0	-	0,0	5	100,0

compareceram e foram examinadas pelo otorrinolaringologista. Destas, 2 (50,0%) apresentaram otoscopia normal e foram encaminhadas para exame de PEATE e 2 (50,0%) tiveram alterações à otoscopia (rolha de cerume e otite serosa).

Duas crianças foram encaminhadas para avaliação com o PEATE. Uma compareceu ao exame, apresentando anormalidade nos resultados, confirmando a presença de surdez. Os responsáveis pelas crianças foram orientados e encaminhados (com relatórios) para aquisição de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e reabilitação.

DISCUSSÃO

Apesar de ser o ideal, a realização do exame antes da alta hospitalar nem sempre é possível. Em países como a Costa do Marfim as mães e recém-nascidos saudáveis permanecem apenas um dia após o nascimento em hospital público ou dois dias em rede particular,

o que torna inviável a triagem durante a internação. O mesmo não ocorre na Grécia, onde os neonatos recebem alta 4 ou 5 dias após o nascimento (Tanon-Anoh et al, 2010; Korres et al., 2008).

Na primeira avaliação, o índice de crianças com audição normal, avaliadas como deficientes auditivas, ou seja, os resultados falso-positivo na primeira EOAT, foi de 5,4 %. Resultados superiores 16,9% foram observados por Matos et al. (2009). Na Costa do Marfim, a taxa de falso-positivo foi de 11,25% (Tanon-Anoh et al, 2010). Tanto na Arábia Saudita quanto na Sicília os índices de falso-positivo apresentaram-se inferiores a 2,3% e 0,74% respectivamente (Martines et al, 2007; Habib, et al, 2005).

Na Malásia, a elevada taxa de insucesso (falso-positivo em cerca de 15% no primeiro teste) é atribuída ao fato do teste ter sido realizado antes de 24 horas. Nesta idade, os recém-nascidos são mais propensos a terem resíduos no Conduto Auditivo Externo (CAE), que interfere na captação das emissões otoacústicas (Abdullah et al, 2006). Autores consideram que o aumentado da idade pode promover uma melhora no índice de presença de resposta na primeira EOAT e, conseqüentemente, uma diminuição na taxa de falso-positivo (Barreira-Nielsen et al, 2007; Bansal et al, 2008).

Das crianças que compareceram para o segundo exame, 5 (35,7%) permaneceram com teste negativo e foram encaminhadas para avaliação médica especializada. Taxas de falhas menores foram observadas em um estudo na cidade de Ferrara em que 2,05% foram reprovados na segunda fase e foram avaliados na terceira (Ciorba et al, 2008). Taxas de falha superiores foram observadas em uma pesquisa na Grécia com 541 neonatos que repetiram o teste. Destes, 238 (44%) permaneceram com ausência de EOAT no reteste (Korres, et al, 2008).

Na terceira etapa de procedimento estabelecido neste estudo, 5 crianças foram encaminhadas para avaliação otorrinolaringológica por apresentar ausência no exame de emissões. Das que compareceram e foram examinadas pelo especialista, 2 apresentaram otoscopia normal e foram encaminhadas para PEATE, 2 apresentaram alterações otoscópicas, uma com rolha de cerume e outra com otite média serosa que, após tratadas, foram encaminhadas para o terceiro exame de emissões. A criança com otite média, após ser tratada, obteve presença de emissões em ambas as orelhas. A outra não compareceu ao teste. De acordo com Lima et al (2010) a presença de secreções na orelha nas primeiras horas de vida pode comprometer a condução do som ocasionando ausência nas emissões. No Espírito Santo 3 (0,08%) crianças apresentaram alterações de orelha média (Barreira-Nielsen et al, 2007). Na Grécia, dos 238 (44%) reprovados na segunda EOAT, 18 tinham otite média com efusão (Korres et al, 2008).

Na população estudada (165 recém-nascidos), a ocorrência de alterações auditivas foi de 0,6%. Esses dados vão ao encontro dos evidenciados em um estudo Tanon-Anoh et al (2010) realizado na Costa do Marfim, a prevalência de alteração auditiva congênita foi de 6 em 1.000. Tais prevalências são elevadas quando comparadas

a outras encontradas em Milão e Ferrara, onde a prevalência de surdez congênita na população foi estimada em 0,32% e 0,45% respectivamente (Ciorba et al, 2008; Pastorino et al, 2005). No continente Sul-Africano, Swanepoel et al (2007) verificou que 3 em cada 1.000 crianças apresentam surdez ao nascer. Na Cantábria, a incidência de surdez congênita foi de 8,5 por cada 1000 (González et al, 2005). Na cidade de Bauru, os autores verificaram que dos 11.466 recém-nascidos submetidos à triagem auditiva, 11 crianças apresentaram perda auditiva neurossensorial, uma prevalência de 0,96% (Bevilacqua et al, 2010).

A literatura descreve a surdez bilateral como a mais frequente. Em Milão, por exemplo, na população estudada, 63 crianças (0,32%) apresentaram perda auditiva, entre as quais 33 tinham surdez bilateral (Pastorino et al, 2005). Na Arábia, das 22 crianças com surdez, 20 crianças tiveram perda auditiva neurossensorial bilateral (Habib et al, 2005). Neste estudo, das duas crianças que foram encaminhadas para investigação pelo exame de PEATE, uma realizaram o exame, cujos resultados apresentaram limiares eletrofisiológicos compatíveis com perda auditiva neurossensorial severa em uma orelha e grau profundo na orelha contra-lateral.

O ideal é que o diagnóstico da surdez ocorra antes dos três meses de idade e que a intervenção seja iniciada por volta dos seis meses. Corroborando com esta meta, no presente estudo, a confirmação da surdez na criança ocorreu em tempo hábil (apenas 20 dias após o primeiro exame). Entretanto, a primeira avaliação ocorreu aos 8 meses de idade. Caso, a mesma tivesse realizado a EOAT no primeiro mês de vida, certamente, teria sido protetizada no tempo preconizado pelo JCIH (2000). Entretanto, no Espírito Santo a idade de diagnóstico foi de quatro meses e meio e o sistema de amplificação adquirido aos 11 meses a idade (Barreira-Nielsen et al, 2007). Segundo Olusanya et al (2008) na Nigéria, a média de idade de diagnóstico da perda da audição foi de, aproximadamente, 8 meses. Atualmente, a criança com surdez confirmada encontra-se protetizada e inserida em programa de reabilitação.

Na população de estudo, 9,1% (15/165) das crianças tiveram diagnóstico inconclusivo, pois não compareceram ao seguimento. Resultados semelhantes foram observados por Olusanya et al (2008) em pesquisa realizada na Nigéria, em que 10% das crianças não concluíram o diagnóstico. Valores elevados foram descritos na Malásia e Costa do Marfim, em que 35% e 81,25% das crianças não retornaram para diagnóstico. A falta de sensibilização dos pais quanto à importância da identificação precoce da perda auditiva interfere no seguimento, uma vez que são eles os responsáveis diretos pela criança (Tanon-Anoh et al, 2010; Abdullah et al, 2006; Swanepoel et al, 2007).

A privação auditiva, afeta a qualidade de vida da criança, pois compromete a aquisição da linguagem, os aspectos cognitivos, educacionais, psicológicos e sociais (Guimarães e Barbosa, 2012). Assim, a identificação e intervenção precoces da doença é, sem dúvida, o primeiro passo para minimizar os transtornos causados

pela surdez, sendo necessário o envolvimento e conscientização de todos os profissionais de saúde e da família. Desse modo, os dados apresentados podem contribuir no sentido de fornecer subsídios a futuras análises sobre a temática na região.

CONCLUSÃO

Dos 165 recém-nascidos avaliados, 1 (0,6%) teve o diagnóstico de surdez confirmada. Assim, a ocorrência de alterações auditivas na população estudada foi de 0,6%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdullah A, Hazim MY, Almyzan A, Jamilah AG, Roslin S, Ann MT et al. Newborn hearing screening: experience in a Malaysian hospital. *Singapore Med J*. 2006; 47(1):60-4.
- Bansal S, Gupta A, Nagarkar A. Transient evoked otoacoustic emissions in hearing screening programs: protocol for developing countries. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2008; 72 (7):1059-63.
- Barreira-Nielsen C, Neto HAF, Gattaz G. Processo de implantação de Programa de Saúde Auditiva em duas maternidades públicas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007; 12 (2): 99-105.
- Bevilacqua MC, Alvarenga KF, Costa OA, Moret AL. The universal newborn hearing screening in Brazil: from identification to intervention. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010; 74 (5):510-5.
- Ciorba A, Hatzopoulos S, Busi M, Guerrini P, Petrucci J, Martini A. The universal newborn hearing screening program at the University Hospital of Ferrara: focus on costs and software solutions. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2008; 72(6):807-16.
- Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas na Infância. 1ª Recomendação - Período Neonatal. Recomendação 01/99. *Jornal do CFFa*. 2000; 5:3-7.
- González ALA, Bonilla MC, Morales AC, Gómez CF, Barrasa BJ. Cribado universal de la hipoacusia congênita en Cantabria: resultados de los dos primeros años. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 62(2):135-40.
- Grupo de Apoio a Triagem Auditiva Neonatal (Gatanu) [Site na Internet]. Disponível em: <http://www.gatanu.org/tan/introducaoTAN.php>. Acessado em 20 de junho de 2011
- Guimarães VC. Prevalência de alterações auditivas em recém-nascidos em hospital escola [tese]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2011.
- Guimarães VC, Barbosa MA. Avaliação auditiva no recém-nascido e suas implicações éticas. *Rev C S Col*. 2010; 15(2): 559-62.
- Guimarães VC, Barbosa MA. Prevalência de alterações auditivas em recém-nascidos em hospital escola. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2012; 16(2):179-85.
- Habib HS, Abdelgaffar H. Neonatal hearing screening with transient evoked otoacoustic emissions in Western Saudi Arabia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005; 69(6):839-42.
- Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. *Pediatrics*. 2000; 106(4):798-817.
- Korres S, Nikolopoulos TP, Peraki EE, Tsiakou M, Karakitsou M, Apostolopoulos N et al. Outcomes and efficacy of newborn hearing screening: strengths and weaknesses (success or failure?). *Laryngoscope*. 2008; 118(7):1253-6.
- Lima MCMP, Rossi TRF, França MFC, Marba ST, Lima GML, Santos MFC. Detecção de perdas auditivas em neonatos de um hospital público. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010; 15(1): 1-6.
- Martines F, Porrello M, Ferrara M, Martines M, Martines E. Newborn hearing screening project using transient evoked otoacoustic emissions: Western Sicily experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007; 71(1):107-12.
- Mattos WM, Cardoso LF, Bissani C, Pinheiro MMC, Viveiros CM, Filho WC. Newborn hearing screening program implantation analysis at a university hospital. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009; 75(2): 237-44.
- Olusanya BO, Wirz SL, Luxon LM. Hospital-based universal newborn hearing screening for early detection of permanent congenital hearing loss in Lagos, Nigeria. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2008; 72(7):991-1001.
- Pastorino G, Sergi P, Mastrangelo M, Ravazzani P, Tognola G, Parazzini M et al. The Milan Project: a newborn hearing screening programme. *Acta Paediatr*. 2005; 94 (4):458-63
- Segre CAM. Prevalência de perda auditiva em recém-nascidos de muito baixo pés. *J Pediatr*. 2003; 79 (2):103-4.
- Swanepoel D, Ebrahim S, Joseph A, Friedland PL. Newborn hearing screening in a South African private health care hospital. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007; 71 (6):881-7.
- Tanon-Anoh MJ, Sanogo-Gone D, Kouassi KB. Newborn hearing screening in a developing country: results of a pilot study in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010; 74 (2):188-91.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS MILITARES CONSIDERADOS INAPTOS PARA O TESTE DE AVALIAÇÃO FÍSICA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF MILITARY POLICE OFFICERS DEEMED UNFIT TO TAKE THE PHYSICAL EVALUATION TEST

SUZY DARLEN SOARES DE ALMEIDA¹

ODECENI VIEIRA DE SOUZA²

LUDMILLA MARQUES DE OLIVEIRA³

THAIS RAMOS MIGUEL⁴

WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO⁵

WALDEMAR NAVES DO AMARAL⁶

Palavras-chave: Militares, trabalhador, doenças crônicas e perfil de saúde

Keywords: Military, hypertension, TAF, obesity, health

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar o perfil clínico e laboratorial dos Policiais Militares considerados inaptos para o Teste de Avaliação Física (TAF).

MÉTODOS: Estudo retrospectivo e descritivo de levantamento dos dados referentes aos 388 policiais militares considerados inaptos contidos no banco de dados do Centro de Saúde Integral do Policial Militar, durante o período de 02 de fevereiro de 2009 a 30 de abril de 2010.

RESULTADOS: Diante os dados analisados, observou-se que 69,3% dos militares considerados inaptos para o TAF são homens, variando a idade entre 25 e 60 anos, sendo seu maior percentual no intervalo de idade de 35 a 55 anos (79,1%). Percebe-se um maior número de sujeitos com peso adequado (42,0%) e com pré-obesidade 28,61%. Quanto ao perfil lipídico, percebe-se que 44,0%, 52,1%, 34,3% e 49,2% dos policiais inaptos, respectivamente, apresentaram alteração no colesterol total, HDL, LDL e triglicérides. Da mesma forma, os resultados alterados foram encontrados em 4,9%, 29,6%, 34,5% e 4,6% da amostra estudada para o hemograma, a glicemia, a creatinina e o PSA, respectivamente.

CONCLUSÃO: Conclui-se que dos militares considerados inaptos para o TAF, 57,9% encontraram-se acima do peso, 40,46% são hipertensos e ainda, 44,0%, 52,1%, 34,3%, 49,2%, 29,6% e 34,5%, apresentaram, respectivamente, colesterol total, HDL, LDL, triglicérideo, glicemia e creatinina acima dos valores referenciais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To characterize the clinical and laboratory profile of military police officers rated unfit on the Physical Assessment Test (PAT).

METHODS: A retrospective, cross-sectional descriptive survey of data on 388 unfit military police officers from the Military Police Integral Health Center database covering the period from February 2, 2009 to April 30, 2010.

RESULTS: 69.3% of unfit military police officers were men, ranging in age from 25 to 60 years. The largest percentage (79.1%) were in the 35 to 55 year age bracket. 42.0% of subjects had normal weight and 28.61% were pre-obese. The lipid profile showed that 44.0%, 52.1%, 34.3% and 49.2% of unfit police officers showed alterations in total cholesterol, HDL, LDL and triglycerides, respectively. Similarly, abnormal results were found for 4.9%, 29.6%, 34.5% and 4.6% of the sample for complete blood count, glucose, creatinine and PSA, respectively.

CONCLUSION: Of the military police officers rated as unfit on the PAT, 57.9% were overweight, 40.46% were hypertensive and 44.0%, 52.1%, 34.3%, 49.2%, 29.6% and 34.5% registered total cholesterol, HDL, LDL, triglycerides, glucose and creatinine levels above the reference values.

1. Professora do Curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e especialista e mestre pela Universidade Federal de Goiás

2. Bióloga especialista em Métodos e Técnicas de Ensino pela Universidade Salgado de Oliveira e Tecnologia Aplicada ao Ensino de Ciências da Universidade Federal de Goiás

3. Professora mestre do Curso de Especialização em Tecnologia Aplicada ao Ensino de Ciências e doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Ciências da saúde Universidade Federal de Goiás

4. Nutricionista pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás

5. Acadêmico de Medicina da Universidade Católica de Brasília

6. Professor adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade Medicina da Universidade Federal de Goiás, presidente nacional da Sociedade Brasileira de Ultrassonografia, mestre e doutor pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás

INTRODUÇÃO

As transformações no mundo do trabalho permitem o desenvolvimento da identidade e da motivação, influenciando na saúde e qualidade de vida. Neste processo, o indivíduo é capaz de reapropriar a realidade e a relação trabalho/saúde, permitindo-se mobilizar mudanças necessárias a torná-lo mais saudável ⁽¹⁾. Na mesma perspectiva há o aumento da produtividade que impulsiona as empresas a melhorarem sua performance e adquirirem vantagens competitivas, e nesta busca, a saúde e o bem estar do trabalhador também são fatores essenciais ⁽²⁾. Assim, a competência em qualidade de vida no trabalho está associada a questões de saúde, lazer e nutrição, reforçando a expansão do conceito saúde/doença.

Desta forma, uma intervenção voltada à prevenção implica em ações com potencial para repensar a gênese, diminuição da incidência de acometimentos mórbidos e a gravidade do perfil das doenças relacionadas ao trabalho, bem como as suas consequências indiretas ⁽¹⁾.

A adoção pelas empresas de programas de qualidade de vida e promoção da saúde seria compensada pela força de trabalho mais saudável, menor absenteísmo e rotatividade, menor número de acidentes, menor custo de saúde assistencial, maior produtividade, melhor imagem e um melhor ambiente de trabalho ⁽²⁾.

Neste processo saúde/doença, em destaque estão as patologias relacionadas ao trabalho, que podem interferir na atividade laboral, na perda de produtividade, no grande índice de absenteísmo, no aumento de licenças médicas, bem como na diminuição das perspectivas de relacionamentos sociais ⁽³⁾. As DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) estão entre as doenças que mais demandam custos diretos por ações, procedimentos e serviços de saúde, seguidos dos custos indiretos decorrentes do absenteísmo, aposentadorias precoces e perda de produtividade dos trabalhadores ⁽⁴⁾.

Neste contexto, sabe-se que a profissão de Policial Militar está sujeita a vários fatores potencialmente estressantes, como escalas de serviços sem as respectivas folgas, salários abaixo de suas responsabilidades institucionais, assim como fatores sociais inerentes a todos os cidadãos de uma comunidade. Para estes agentes públicos desenvolverem estas atividades peculiares, são-lhe exigidos alguns requisitos, dentre eles destacam-se a boa disposição física, o autocontrole, o equilíbrio emocional, a boa saúde (física, social e mental) e a resistência física ⁽⁵⁾.

A soma dessas características peculiares à função associadas a outros fatores intrínsecos e extrínsecos podem trazer consequências de natureza psicológica, fisiológica e legal, ocasionando prejuízos à saúde desses profissionais, culminando em afastamentos das atividades. Notadamente àquelas relacionadas à saúde mental e ao sistema cardiovascular, especialmente no que se refere à hipertensão arterial ⁽⁵⁾.

Com o objetivo de desenvolver políticas de saúde visando à melhoria da qualidade de vida do policial militar de Goiás foi criado

em 23 de dezembro de 2008, o Centro de Saúde Integral do Policial Militar (CSIPM) formado por uma equipe de multiprofissionais, com a finalidade de promover ações e o acompanhamento do bem estar físico e a prevenção e tratamento de doenças decorrentes do trabalho. Esta equipe avalia o servidor policial militar como apto ou inapto para o teste de aptidão física (TAF), sendo esta um dos fatores decisivos em sua ascensão na carreira militar ⁽⁶⁾.

Assim, faz-se necessário conhecer e identificar as características das condições de saúde da população miliciana, a fim de subsidiar ações para a contribuição da melhora dos índices de saúde e possivelmente a redução dos policiais considerados inaptos para o TAF. Contribuindo assim para a qualidade de vida deste profissional, uma vez que, este é o primeiro passo para uma promoção na carreira militar e, conseqüentemente, afastamentos por motivo de doenças ocupacionais e ou doenças crônicas não-transmissíveis. Neste sentido, esta pesquisa tem objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico dos militares considerados inaptos ao TAF.

METODOLOGIA

Realizou-se estudo de uma pesquisa retrospectivo, transversal e descritivo de levantamento dos dados referentes aos 388 policiais militares considerados inaptos para fins de promoção e ou convocação extraordinária, contidos no banco de dados do Centro de Saúde Integral do Policial Militar (CSIPM), durante o período de 02 de fevereiro de 2009 a 30 de abril de 2010.

Neste período, 2944 policiais militares (24,40% do efetivo geral da Instituição) foram avaliados, e 388 (14,2%) foram considerados inaptos (3,21% do efetivo geral e 13,2% dos casos avaliados).

Os militares foram avaliados por uma equipe multiprofissional (médico, nutricionista, psicólogo, assistente social, dentista, enfermeiro). Essa avaliação ocorreu por convocação e ou por motivo de promoção, em duas etapas. Na primeira, os policiais foram submetidos a avaliação nutricional; sócio-econômica; psicológica; odontológica e médica, ocasião em que foi realizado o exame físico e a solicitação dos exames laboratoriais complementares (hemograma, creatinina, ureia, glicemia e lipidograma; além do Antígeno Prostático Específico (PSA) no sexo masculino, e avaliação cardiológica através do teste de esteira). A segunda etapa foi realizada apenas por médico e envolveu dados relativos aos resultados dos exames complementares, sendo ele o responsável pelo diagnóstico, que foi lançado no software do CSIPM.

A coleta dos dados foi realizada de forma individual por meio da impressão do relatório médico dos militares inaptos para o TAF. Foram coletados dados sobre os valores referente a idade, peso, altura, sexo, hemograma, glicemia, creatinina, triglicérides, colesterol total, lipoproteína de alta densidade (HDL), lipoproteína de baixa densidade (LDL), antígeno prostático específico (PSA), índice de massa corpórea (IMC) e diagnóstico médico (os mais referidos).

A princípio, os indivíduos foram divididos em três grupos, de acordo com a idade para melhor análise: 25 |---- 35; 35 |---- 55 e 55 |---- 60 anos. Em seguida, os dados foram classificados em Normal – aqueles indivíduos que obtiveram seus valores em conformidade com os valores referenciais adotados pelo CSIPM, e alterado – aqueles que seus resultados estavam diferentes da normalidade:

– Creatinina: 0,40 a 1,30 mg/dL. Triglicérides: < 150 mg/dL. Colesterol total: < 200mg/dL. LDL: < 100 mg/dL. HDL: > 40 mg/dL. Glicemia de jejum: 65 a 99 mg/dL. PSA: em homens com idade < 40 anos: <= 1,40 ng/mL; 40 – 49 anos <=2,5 ng/mL; 50 – 59 anos <= 3,89 ng/mL; 60 – 69 anos =5,4 ng/mL.

– Para o IMC utilizou-se os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial de Saúde (7): ≤ 18,4 Kg/m² – baixo peso; 18,5 a 24,9 kg/m² – adequado; 25,0 a 29,9 kg/m² – pré- obesidade; 30,0 a 34,9Kg/m² – obesidade grau I; 35,0 a 39,9Kg/m² – obesidade grau II (severa) e ≥ 40,0 Kg/m² – obesidade Grau III (mórbida). Sendo calculado pela divisão do peso (Kg) pela estatura (m)².

Quanto ao hemograma, foi analisado, também, a avaliação quantitativa de seus componentes como normal ou alterado. Já para o diagnóstico médico pesquisou-se a presença ou ausência de patologias.

Os dados são apresentados de forma descritiva, por meio de números absolutos e relativos (%).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos dados registrados verificou-se que dos 388 policiais militares inaptos, a maioria são homens (n = 369; 69,3%), variando a idade entre 25 e 60 anos, sendo seu maior percentual no intervalo de idade de 35 a 55 anos, 79,1% (Tabela 1).

TABELA 1 – Distribuição dos policiais militares inaptos para o Teste de Avaliação Física, conforme idade, referente ao período de 02 de fevereiro de 2009 a 30 de abril de 2010, Goiânia- Goiás.

Idade	n	%
25 ---- 35	40	10,3
35 ---- 55	307	79,1
55 ---- 60	41	10,6
Subtotal	388	100

Legenda: n = número da amostra; %: porcentagem.

Verifica-se na Tabela 2 que o maior número de policiais considerados inaptos ao TAF possuem peso adequado (n=163; 42,0%), sendo o maior número de sujeitos entre 35 e 55 anos de idade. Em seguida, os policiais com pré- obesidade (n= 111, 28,61%).

TABELA 2 - Distribuição de policiais militares inaptos ao Teste de Avaliação Física, conforme o Índice de Massa Corporal (IMC), referente ao período de 02 de fevereiro de 2009 a 30 de abril de 2010.

Idade	n	Peso adequado		Pré- obesidade		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
25 ---- 35	40	13	3,3	17	4,4	6	1,5	4	1,0	0	0
35 ---- 55	307	143	36,9	77	19,9	57	14,7	20	5,1	10	2,6
55 ---- 60	41	7	1,8	17	4,4	12	3,1	4	1,0	1	0,3
Total:	388	163	42,0	111	28,6	75	19,3	28	7,2	11	2,9

Legenda: IMC: Índice de Massa Corpórea = Peso corporal em Kg/(altura em metros)²; n = número da amostra estudada; Peso saudável = valores entre 18,5 à 24,9 Kg/m²; Pré- obesidade = valores entre 25 à 29,9 Kg/m²; Obesidade Grau I = valores entre 30,0 à 34,9 Kg/m²; Obesidade Grau II (severa) = valores entre 35,0 à 39,9 Kg/m²; Obesidade Grau III (mórbida) = valores acima 40,0 Kg/m².

Faz-se necessário considerar a soma dos indivíduos que estão classificados com IMC acima de 25 kg/m², e percebe-se que 57,9% estão com excesso de peso. Este fato pode refletir no desempenho físico durante o trabalho diário, além de prejudicar a saúde, uma vez que o excesso de peso é considerado um fator de risco para várias doenças crônicas não transmissíveis (8).

Embora a amostra aqui avaliada seja específica, não permitindo a comparação dos dados com uma população militar geral, é necessário realizar considerações sobre os estudos (7,9) com militares que evidenciam o excesso de peso na população estudada.

Calamita et al (9) realizou um estudo a partir de fichas de inspeção de saúde preenchidas durante o ano de 2006, em 912 policiais militares que atuavam na cidade de Marília, onde 68% apresentaram excesso de peso. Outro estudo foi realizado por Neves (10) em 426 militares do exército brasileiro, da cidade do Rio de Janeiro, constatando alteração de peso em 64,55% da amostra.

Ao analisar os resultados de outros estudos com grupos de militares em outros países, verificou-se o excesso de peso em 29% dos militares americanos, 40,8% dos militares húngaros, 37% nos pilotos australianos, 47% na Guatemala, 60% nos pilotos poloneses e 14% na guarda da Venezuela (9).

Obstante o fator peso em excesso não tenha sido o fator decisivo para a inaptidão do policial, é importante considerar que possivelmente os policiais militares, estão mais sedentários e/ou apresentam hábitos alimentares inadequados, ocasionando ganho de peso, o que contraria os requisitos preconizados pelo Ministério da Justiça para a atividade policial militar. No entanto, são necessários mais estudos com número amostral representativo do total de policiais de Goiás a fim de verificar o real estado nutricional dessa população.

Além disso, faz-se necessário averiguar a eficiência da atividade física existente atualmente na Corporação (11) e, se for o caso, reestruturá-la como forma de garantir a melhoria da qualidade de vida da comunidade miliciana por meio do desenvolvimento de programas de saúde de caráter preventivo, com enfoque na mudança do estilo de vida, estímulo à prática de atividade física e

reeducação alimentar. Desta forma, proporcionando uma redução do peso e melhora do condicionamento físico da tropa ⁽¹²⁾.

Na Tabela 3, verificam-se a distribuição dos sujeitos analisados conforme a análise do lipidograma. Percebe-se que 44,0%, 52,1%, 34,3% e 49,2% dos policiais inaptos, respectivamente, apresentaram alteração no colesterol total, HDL, LDL e triglicérides nos militares inaptos.

TABELA 3 – Distribuição de policiais militares inaptos ao Teste de Avaliação Física conforme o nível de colesterol total, lipoproteína de alta densidade (HDL), lipoproteína de baixa densidade (LDL) e triglicérides, referente ao período de 02 de fevereiro de 2009 a 30 de abril de 2010.

	Idade						Total	
	25 ---- 35		35 ---- 55		55 ---- 60		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Colesterol total:								
> 200mg/dL	19	4,9	128	32,9	20	5,2	167	44,0
< 200mg/dL	21	5,4	179	46,1	21	5,4	221	1,03
HDL:								
< 50mg/dL	23	5,9	149	38,4	30	7,7	202	52,1
> 50mg/dL	17	4,4	158	40,7	11	2,8	186	47,9
LDL:								
>100 mg/dL	16	4,1	100	25,8	17	4,4	133	34,3
<100 mg/dL	24	6,2	207	53,4	24	6,2	255	65,7
Triglicérides:								
> 150 mg/dL	16	4,1	148	38,1	27	6,9	191	49,2
< 150 mg/dL	24	6,2	159	40,9	14	3,6	197	50,8

Legenda: n = número da amostra estudada ; HDL: lipoproteína de alta densidade e LDL: lipoproteína de baixa densidade.

A dislipidemia mostrou-se elevada, acometendo aproximadamente cerca de dois a cada quatro policiais na população estudada. É um dado alarmante em face a evidente relação entre as dislipidemias e a doença aterosclerótica. A presença de níveis séricos elevados de colesterol nas faixas etárias avançadas proporciona como consequência um maior número de indivíduos cardiopatas ⁽¹³⁾.

Calamita et al ⁽⁹⁾ ao estudarem a população militar da cidade de Marília obtiveram como resultados 39% de indivíduos com colesterol acima do normal, sendo próximos dos detectados neste estudo (43,04%), mas não se pode estabelecer comparação entre ambos os estudos em detrimento da diferença de metodologia utilizada, uma vez que, o presente estudo não trabalhou com amostra representativa da população total, como evidenciado anteriormente.

A prevalência do colesterol elevado encontrado por diversos autores em outros grupos militares foi de 22% para militares venezuelanos; 28% para militares da Guatemala, e 32% de um grupo americano ⁽⁹⁾.

Ao analisar a dislipidemia presente em outros grupos populacionais ^(13 e 14), percebe-se que no estudo do perfil de saúde cardiovascular em 200 indivíduos de ambos os sexos de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo, encontrou-se 56% de resultados alterados ⁽¹⁴⁾.

Valores próximos foram também encontrados no estudo de prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do centro de pesquisa da Petrobras, realizado em 1191 funcionários, de ambos os sexos ⁽¹²⁾.

Diante do levantamento das doenças diagnosticadas e registradas no banco de dados, percebe-se a prevalência de duas doenças, hipertensão e arritmia, nos policiais militares inaptos para o TAF, sendo que a primeira está presente em 40,5% desta amostra e a segunda, em 6,96% (Tabela 4).

TABELA 4: Distribuição de policiais militares inaptos ao Teste de Avaliação Física conforme as doenças diagnosticadas, referente ao período de 02 de fevereiro de 2009 a 30 de abril de 2010.

Idade	Hipertensão		Arritmia	
	n	%	n	%
25 ---- 35				
Presente	16	4,13	3	0,78
Ausente	24	6,2	37	9,5
35 ---- 55				
Presente	131	33,76	17	4,38
Ausente	176	45,4	290	74,7
55 ---- 60				
Presente	10	2,6	7	1,8
Ausente	31	7,9	34	8,8
Total:				
Presente	157	40,5	27	6,9
Ausente	231	59,5	361	93,0

Ao analisar a distribuição de indivíduos com hipertensão conforme o sexo percebe-se que 10 policiais femininas apresentavam esse diagnóstico. Ao analisar este número absoluto no universo de todos os 157 policiais, tem-se um número pequeno, 6,3%, de policiais femininas hipertensas. No entanto, quando se observa o universo de policiais femininas consideradas inaptas ao TAF (n=19) com hipertensão (n=10) encontram-se 52,6%. Este é um dado importante, uma vez que elas podem constituir um grupo vulnerável dentro da corporação, necessitando de um acompanhamento e estudo mais detalhado.

O estudo de Neves ⁽¹⁰⁾, em 426 militares do exército brasileiro, da cidade do Rio de Janeiro, com faixa etária entre 27 e 37 anos, constatou hipertensão em 5,63% da amostra estudada e Calamita et al ⁽⁹⁾ encontraram em Marília, alteração de 5,3% dos policiais militares. Estes resultados não podem ser comparados aos resultados aqui encontrados devido a diferença da população estudada, principalmente no quesito totalidade e idade, uma vez que a hipertensão atinge mais frequentemente idades mais avançadas ^(4 e 15).

O aparecimento de doenças cardiovasculares pode ser também influenciado pelas características próprias da população militar, como por exemplo: o alto grau de negação para doenças, sobrecarga social, rígido padrão ético de trabalho e as peculiares situações estressantes de trabalho ⁽⁹⁾.

Os valores achados neste estudo estão acima do retrato nacional, apresentados pelo Ministério da Justiça ⁽¹⁶⁾, onde 24,40% dos brasileiros são hipertensos. “Vislumbra-se que o desafio de diagnosticar e tratar a hipertensão” nos militares da PMGO é imenso.” ⁽¹⁷⁾.

A elevada frequência de hipertensão nesta população implica na necessidade de planejamento de ações que visem medidas educativas preventivas e terapêuticas em relação a doenças cardiovasculares (18).

Na tabela 5 pode-se analisar os policiais inaptos que possuem resultados alterados para glicemia, constatando-se um percentual de 29,64%. Esse valor é importante, uma vez que este exame é uma triagem para diabetes que, juntamente com o triglicérido, mostra a falta de uma alimentação de qualidade somada a falta de atividade física.

TABELA 5 - Distribuição de policiais militares inaptos ao Teste de Avaliação Física de acordo com a análise do hemograma, da glicemia, do antígeno prostático específico e da creatinina, referente ao período de 02 de fevereiro de 2009 a 30 de abril de 2010.

Idade	Hemograma		Glicemia		PSA		Creatinina	
	n	%	n	%	N	%	n	%
25 ---- 35								
Alterado	3	0,8	6	1,5	0	0	11	2,8
Normal	37	9,5	34	8,8	40	10,3	29	7,5
35 ---- 55								
Alterado	13	3,3	86	22,2	12	3,1	104	26,8
Normal	294	75,8	221	56,9	295	76,1	203	52,3
55 ---- 60								
Alterado	3	0,8	23	5,9	6	1,5	19	4,9
Normal	37	9,5	18	4,6	35	9,0	22	5,7
Total								
Alterado	19	4,9	115	29,6	18	4,6	134	34,5
Normal	369	95,1	273	70,4	370	95,4	254	65,5

Legenda: n = número da amostra estudada. Valores normais de referência - Creatinina: 0,40 a 1,30 mg/dL. Glicemia de jejum: 65 a 99 mg/dL. Antígeno prostático específico (PSA): em homens com idade < 40 anos: <= 1,40 ng/mL; 40 - 49 anos <=2,5 ng/mL; 50 - 59 anos <= 3,89 ng/mL; 60 - 69 anos =5,4 ng/mL.

Nesta mesma Tabela nota-se um percentual de 4,90% de policiais com hemograma alterado. O mesmo se observou para o exame PSA, onde a prevalência é relativamente baixa (4,64%). Ambos os resultados não estão relacionados diretamente a inaptidão de nenhum dos 388 policiais da amostra em estudo. Mas são importantes, onde o primeiro relaciona-se ao diagnóstico da anemia, e o valor sérico do PSA associado ao toque retal são utilizados no diagnóstico precoce do câncer da próstata (19); o que torna a análise dessa variável imprescindível para prevenção desta doença.

Segundo Amorim (20), o câncer de próstata é o segundo em incidência entre os homens e a quinta causa de mortalidade por tumores malignos entre os homens. Enquanto que no Brasil ele é o segundo em incidência, e o quarto em causa de morte por neoplasias nos homens.

O Ministério da Saúde não recomenda o rastreamento populacional para o câncer de próstata, somente enfatiza que os homens que procurarem o exame devem ser orientados de seus benefícios (20). No entanto, na instituição estudada, por meio de sua equipe de saúde, como forma de prevenção, o exame de PSA é preconizado, anualmente para indivíduos acima dos 40 anos de idade, como forma de prevenção do câncer de próstata.

A prevalência para alterações renais, por meio da análise da creatinina, foi de 34,54%. Apesar de não serem estatisticamente analisados os índices são altos e corroboram com os prognósticos de hipertensão, pois dentre as funções dos rins está a regulação da pressão arterial (21).

Há de considerar que este estudo restringiu-se apenas aos militares considerados inaptos para o TAF, portanto, não é coerente estabelecer correlação com outras populações distintas, pois ele pode ser caracterizado como um subgrupo vulnerável dentro da corporação. Deste modo, esses dados podem não representar a realidade da população miliciana, e como não há estudos semelhantes na literatura, sugere-se que seja realizada uma pesquisa do Perfil Epidemiológico do Policial Militar da PMGO. E para tanto se deve abranger toda a corporação, para poder permitir uma comparação entre os resultados obtidos, podendo confirmar, ampliar ou mesmo refutar os dados apresentados neste estudo.

Contudo, os resultados aqui apresentados são importantes e necessários, haja vista a presença de fatores de riscos (IMC elevado, dislipidemia, creatinina e hipertensão) favoráveis as doenças cardiovasculares. Assim, evidenciando-se a necessidade de planejar programas e, conseqüentemente, ações integradas mais eficazes na prevenção de doenças e na manutenção da saúde dos policiais militares. E ainda reduzir os gastos do Estado com afastamentos e, concomitantemente, reduzir a frustração de não poder ingressar no quadro de acesso para promoção, o que atualmente vem gerando desmotivação nesses profissionais. A melhoria na qualidade de vida e no ótimo desempenho profissional, resultará na excelência do atendimento prestado à comunidade em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o perfil dos Policiais Militares considerados inaptos para o Teste de Avaliação Física (TAF) caracteriza-se por militares acima do peso (57,9%), hipertensos (40,46%), e que apresentam exames alterados para colesterol total (44,0%), HDL (52,1%), LDL (34,3%), triglicérido (49,2%) dos militares inaptos estudados apresentam, respectivamente, acima dos adequados. Da mesma forma, os resultados para o hemograma (4,9%), a glicemia (29,6%), a creatinina (34,5%) e o PSA (4,6%).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lancman S, Ghirardi MIG. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. Rev Ter Ocup Univ. São Paulo; 2002; 13: 44-50.
2. Santos JM, Camargo MLM, Pinto MFC, Neto SPS. Controle de saúde de funcionários do Serviço de Alimentação de um Hospital. In: SEGET - Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia; 2012 out 24 a 26; (Resende) Rio de Janeiro. [Acessado em: 10 dez 2012]. Disponível: http://www.aedb.br/seget/artigos07/1267_artigo%20para%20seget.pdf
3. Mansur AP, Lopes AIA, Favarato D, Avakian SD, César LAM, Ramires JAF. Tendência da mortalidade por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. Arq Bras Cardiol 2001; 76: 497-503.
4. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Neto OLM, Junior JBS. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Rev bras Epidemiol; 2006; 15: 47 - 65.

5. Monteiro SCLP, Alves ELM, Moura MEB. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) em policiais militares. *Rev Interdisciplinar NOVAFAPI*, 2011; 4: 25-30.
6. Polícia Militar de Goiás. Portaria nº 54/2008, de 23 de dezembro de 2008. 1ª Seção – EM. Cria o Centro de Saúde Integral do Policial Militar – CSIPM e dá outras providências. *Boletim Geral do Estado* 14 jan 2009; Seção 1.
7. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: WHO. 1998.
8. Yokota RTC, Vasconcelos TF, Ito MK, Dutra ES, Carvalho K, Merchán-Hamann E, Lopes EB, Barbosa RB. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em duas regiões do Distrito Federal. *Com Ciências Saúde*, 2007; 18: 289-296.
9. Calamita Z, Filho CRS, Capputti, PF. Fatores de risco para doenças cardiovasculares no policial militar. *Rev bras med trab*, 2010; 8 (1): 39-45.
10. Neves EB. Prevalência de sobrepeso e obesidade em militares do exercito brasileiro: associação com a hipertensão arterial. *Ciênc. saúde coletiva*, 2007; 13 (5): 1661-1668.
11. Castro ST; Pereira NJ. A importância da atividade física para a missão de segurança pública do policial militar em Goiânia. *REBESP*, 2008; 1 (1).
12. Matos MFD, Silva NAS, Pimenta AJ, Cunha AJLA. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do centro de pesquisa da Petrobrás. *Arq bras cardiol*, 2004; 82 (1): 1-4.
13. Franca E, Alves JGB. Dislipidemia entre crianças e adolescentes de Pernambuco. *Arq bras cardiol*, 2006; 87(6): 289-296.
14. Viebg RF, Valero MP, Araújo F, Yamada AT, Mansur AJ. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. *Arq bras card*, 2006; 86: 353-360.
15. Rosa EC, Plavnik FL, Tavares A. Hipertensão arterial sistêmica. *Rev bras med*, 2004; 61(12): 56-69.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Portal da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em: 17 de fev. 2011. Disponível em: < WWW.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cmf? >.
17. Ortega KC, Silva G, Junior DM. Hipertensão arterial sistêmica. *Rev bras med*, 2006; 63: 19-28.
18. Conceição TV, Gomes FA, Tauil PL, Rosa TT. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da universidade de Brasília. *Arq bras card*, 2006; 86 (1): 26-31.
19. Varzim CAB, Srulzon GB, Cortado PLM, Netto Jr NR. Importância do toque retal e psa no diagnóstico precoce do câncer da próstata. *Rev bras med*, 2004; 61 (7): 471-474.
20. Amorim VMS, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*, 2011; 27(2): 347-356.
21. Abdulkader, R, CRM. Prevenção de doenças do rim que evoluem para o transplante renal. *Breves de saúde*, 2005; (4). Acesso em: 11 mar 2011. Disponível em: < www.brevesdesaude.com.br/ed04/rins.htm >.

BIÓPSIA DE PRÓSTATA POR AGULHA COMO PREDITOR DA LOCALIZAÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM PROSTATECTOMIAS RADICAIS

PROSTATE BIOPSY NEEDLE AS PREDICTOR OF PROSTATE CANCER LOCATION IN RADICAL PROSTATECTOMY

GABRIELLA AMARAL DE PAULA ¹
MARIANA PIGOZZI VELOSO ¹
LARISSA CARDOSO MARINHO ²

Palavras-chave: Câncer de próstata, biópsia, localização
Keywords: Prostate cancer, biopsy, location

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a presença de adenocarcinoma nos fragmentos de biópsia sextante de próstata e correlacionar com a localização tumoral na peça cirúrgica em pacientes submetidos à prostatectomia radical sem tratamento neoadjuvante.

MÉTODOS: Analisou-se 43 laudos anatomopatológicos de biópsias prostáticas sextantes e as respectivas peças cirúrgicas do período de abril de 2008 a Janeiro de 2012 de um hospital privado de Goiânia-Goiás em relação à localização do adenocarcinoma. Adotou-se o teste kappa para a análise estatística a fim de medir o grau de concordância.

RESULTADOS: A idade média dos pacientes foi de $62,5 \pm 8,1$ anos. O escore de Gleason mais prevalente na biópsia foi de seis (90,69%) assim como na peça cirúrgica (69,76%). A média do PSA pré-operatório foi de 6,1 ng/dl. A região mais acometida por adenocarcinoma na biópsia foi o ápice esquerdo (46,51%) e na peça cirúrgica foram o ápice direito (58,13%) e base direita (58,13%). As regiões ápice direito, ápice esquerdo, médio direita e base esquerda apresentaram uma concordância moderada a razoável entre a localização do adenocarcinoma de próstata na biópsia e peça cirúrgica com kappa variando de 0,291 a 0,489 com valor de $p < 0,05$.

CONCLUSÃO: Este estudo evidenciou uma moderada correlação entre a localização do câncer de próstata nas biópsias quando comparado a peça cirúrgica, o que pode ser reflexo da dificuldade de abordagem por biópsia de lesões em determinadas localizações na próstata, da técnica utilizada e da experiência do executor do procedimento.

ABSTRATC

OBJECTIVE: This study evaluates presence of adenocarcinoma in sextant prostate biopsy fragments and corresponding tumor location in surgical specimen in patients undergoing radical prostatectomy without neoadjuvant therapy.

METHODOLOGY: From April 2008 to January 2012, forty three sextants prostatic biopsies reports and their corresponding prostatectomy reports were analyzed. Biopsies and reports were performed by a single urologist pathologist in a private hospital in Goiânia. The kappa test was adopted in order to measure the degree of correlation between the variables used.

RESULTS: The mean age of patients was 62.5 years. The more prevalent Gleason score on biopsy was six (90.69%) in accordance with the surgical specimens (69.76%). The mean preoperative PSA was 6.1 ng / dl. The most affected region in biopsy was the left apex (46.51%) and in the surgical specimens, the right apex and right base (58.13%) each one. The regions right apex, left apex, right - middle and left base showed a moderate agreement between the localization of prostate cancers on biopsy and surgical specimens with kappa ranging from 0.291 to 0.489 and p value < 0.05 .

CONCLUSION: This study showed that the correlation between the location of prostate cancers on biopsy and corresponding location on surgical specimen was moderate and may be due to variability in technical and professional experience and difficulties in technical approach in some prostate regions.

1. Acadêmica de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

2. Médica patologista, doutora em patologia Unifesp e professora do curso de Medicina Pontifícia Universidade Católica de Goiás

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é o sexto câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, atrás somente do de pele não melanoma^(1,2). Das neoplasias malignas da próstata, o adenocarcinoma representa a quase totalidade dos casos (>95%).^(3,4) As taxas de incidência desse tipo de câncer são cerca de seis vezes maiores nos países desenvolvidos, comparados àqueles em desenvolvimento. Para o Brasil, em 2012, estima-se 60.180 casos novos. Esses valores correspondem a um risco de 62 casos novos a cada 100 mil homens. Dentre as opções para o tratamento localizada incluem-se a prostatectomia radical (PR), a radioterapia e a observação vigilante. O tratamento deve ser individualizado para cada paciente levando-se em conta a idade, o estadiamento do tumor, o grau histológico, o tamanho da próstata, as comorbidades, a expectativa de vida e os recursos técnicos disponíveis.^(5,6,8)

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo e retrospectivo em que foram analisados e revisados os laudos anatomopatológicos das biópsias de próstata sextante por agulha, realizadas por um único cirurgião e as respectivas peças cirúrgicas de 43 pacientes com idade entre 42 e 82 anos submetidos à prostatectomia radical no período de abril de 2008 a janeiro de 2012 em um hospital privado em Goiânia. Os pacientes selecionados tiveram diagnóstico de adenocarcinoma acinar usual estabelecido pela biópsia. Nenhum deles foi submetido a terapia neoadjuvante. O levantamento dos relatórios das biópsias e do valor do PSA (antígeno prostático específico) no momento do diagnóstico foi feito no laboratório responsável pela realização dos exames anatomopatológicos e de patologia clínica do hospital.

A biópsia sextante foi realizada por via transretal com aparelho de ultrassonografia da marca Toshiba Nemio 30 com transtador endocavitário de 6 MHz sendo obtidos um ou dois fragmentos de cada localização (ápice direito e esquerdo; base direita e esquerda e médio direito e esquerdo). Os exames anatomopatológicos foram interpretados por um único patologista.

Dos laudos das biópsias por agulha de próstata foram avaliados o escore de Gleason e a localização da lesão. Os laudos das peças cirúrgicas foram analisados quanto à localização da neoplasia nas regiões do ápice, região média e base (direito e esquerdo). As peças cirúrgicas laudadas no serviço de anatomia patológica foram completamente submetidas a processamento histológico estabelecendo-se em cada laudo a localização e a extensão da neoplasia por região. O estadiamento patológico foi determinado de acordo com protocolo do Colégio Americano de Patologia 2012 (CAP - 2012).⁽⁷⁾

Para a análise estatística utilizou-se o coeficiente Kappa como teste de confiabilidade da análise histopatológica e para medir o grau de concordância entre as variáveis associadas⁽⁹⁾. Adotou-se o nível de significância 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A idade dos pacientes variou entre 42 a 82 anos, com média

de 62,5 ± 8,1 anos. O valor médio do PSA pré-cirúrgico foi de 6,1 ng/dl.

O escore de Gleason final mais prevalente nas biópsias foi de seis, (90,69%). O segundo mais prevalente foi o sete (4,65%). Os menos prevalentes foram o score cinco e oito representando 2,32% da amostra cada um.

O escore final de Gleason mais prevalente nas peças cirúrgicas foi de seis (69,76%). O segundo mais prevalente foi o sete (23,25%) das amostras.

As localizações do adenocarcinoma nas peças cirúrgicas e nas biópsias estão descritos na tabela 1. Na biópsia a região mais acometida foi base esquerda (48,83%). Na peça cirúrgica as regiões mais acometidas foram ápice direito (58,16%) base direita (58,13%).

TABELA 1: Locais em frequência de acometimento biópsia e peça cirúrgica

BIÓPSIA

LOCAIS DE ACOMETIMENTO	FREQUÊNCIA DE ACOMETIMENTO
ÁPICE DIREITO	35%
MÉDIO DIREITO	23,25%
BASE DIREITA	20,93%
ÁPICE ESQUERDO	46,51%
MÉDIO ESQUERDO	37,20%
BASE ESQUERDA	48,83%

PEÇA CIRÚRGICA

LOCAIS DE ACOMETIMENTO	FREQUÊNCIA DE ACOMETIMENTO
ÁPICE DIREITO	58,13%
MÉDIO DIREITO	46,50%
BASE DIREITA	58,13%
ÁPICE ESQUERDO	48,83%
MÉDIO ESQUERDO	55,08%
BASE ESQUERDA	51,16%

Em relação à concordância entre a localização do adenocarcinoma na biópsia e na peça cirúrgica obtivemos os seguintes resultados:

Na região média direita obteve-se um p de 0,009, com significância estatística e um Kappa de 0,355 com uma concordância razoável entre as biópsias e as peças desta região, conforme visto no gráfico 1. (GRÁFICO 1)

Em relação à região do ápice direito, o p foi igual a 0,033, havendo significância estatística, com kappa de 0,291 com concordância razoável entre as peças e biópsias desta região, conforme visto no gráfico 2.

Em relação ao ápice esquerdo, o p foi igual a 0,048, havendo uma significância estatística com kappa de 0,301 apresentando uma concordância razoável, conforme visto no gráfico 3.

Em relação a base esquerda, o p foi de 0,001 com significância estatística com kappa de 0,489 com concordância moderada, conforme visto no gráfico 4.

As regiões médio esquerda e base direita não apresentaram o valor de p com significância estatística. A região médio esquerda

apresentou $p = 0,497$ com kappa de 0,097 demonstrando concordância fraca e a região base direita o teve $p = 0,560$ com kappa de 0,065 apresentando uma concordância fraca.

DISCUSSÃO

Vários investigadores têm avaliado os parâmetros clínicos e patológicos pré-operatórios dos pacientes com câncer de próstata para a elaboração de algoritmos que possam prever prognóstico e auxiliar na melhor conduta terapêutica.

O escore de Gleason, a localização e extensão do câncer nos fragmentos acometidos e o valor do PSA como importantes fatores preditivos para o estadiamento clínico têm se tornado um grande enfoque nas pesquisas realizadas pelos patologistas (10,11). Razões para estes estudos incluem desde melhor avaliação pré-operatória do volume tumoral, chances de cura e melhores opções terapêuticas nestes pacientes (12).

O presente estudo apresentou uma média de idade de pacientes acometidos por adenocarcinoma de próstata de $62,5 \pm 8,1$ anos, o mais jovem com 42 anos e o mais velho com 82 anos. A idade média dos pacientes acometidos com adenocarcinoma de próstata descrito na literatura é de 65 anos (2,14,15,16).

A classificação de Gleason comporta-se como uma das variáveis mais estudadas na literatura, possuindo importante fator prognóstico (9,17,18). No presente estudo o escore de Gleason mais prevalente nas biópsias foi de seis (com 90,69%). Estudo proposto por Winkler et. al apresentou um escore de Gleason mais prevalente de 5 e 6 nas biópsias pré-operatórias de 59,8% dos pacientes. Resultados semelhantes são encontrados por Gancarczyk et. al. O mesmo não foi encontrado por Veloso et.al. em que o Gleason mais prevalente na biópsia foi sete.

Em relação ao escore de Gleason da peça cirúrgica o nosso estudo demonstrou maior prevalência do valor seis (69,76%) correspondendo então ao encontrado na biópsia. Estudo proposto por Pinthus et al identificou uma prevalência de biópsias de próstata com escore de Gleason 6 e suas respectivas peças com escore de Gleason sete. Os elevados valores de PSA e percentual de fragmentos com neoplasia foram associados a esta discordância. Estudos propostos por Veloso et. al, Taylor et al e Rubin et. al defendem a teoria de que um escore de Gleason apresentando valores diferentes na biópsia quando comparado a peça cirúrgica sugere uma subavaliação feita pela técnica por agulha, uma vez que amostras muito pequenas pode não revelar alterações neoplásicas mais agressivas, tendo como consequência uma divergência entre os dois métodos.

O nosso estudo apresentou concordância moderada quanto à localização do adenocarcinoma de próstata na biópsia e peça cirúrgica nas regiões médio direita, ápice direito e base esquerda e concordância razoável na região apical esquerda. A região médio direita apresentou $p = 0,009$ e kappa = 0,355, ápice direito com $p = 0,03$ e kappa = 0,2, ápice esquerdo com $p = 0,048$ e kappa = 0,3, base esquerda com $p = 0,001$ e kappa = 0,489. Obteve-se nas

Gráfico 1: CONCORDÂNCIA BIÓPSIA E PEÇA CIRÚRGICA REGIÃO MEDIO DIREITA

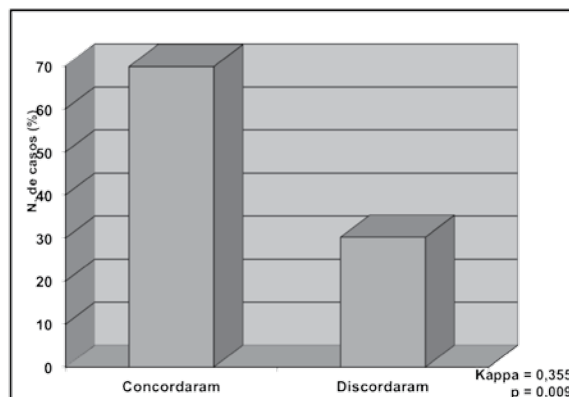


Gráfico 2: CONCORDÂNCIA BIÓPSIA E PEÇA CIRÚRGICA REGIÃO APICAL DIREITA

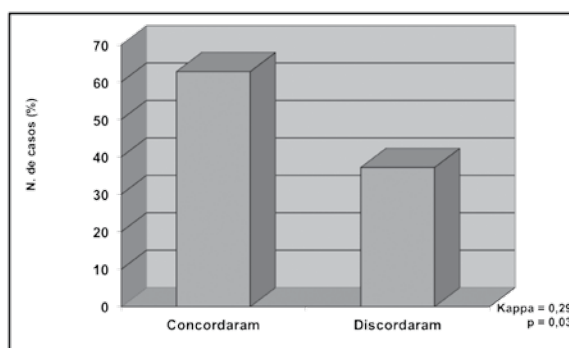


Gráfico 3: CONCORDÂNCIA BIÓPSIA E PEÇA CIRÚRGICA REGIÃO APICAL ESQUERDA

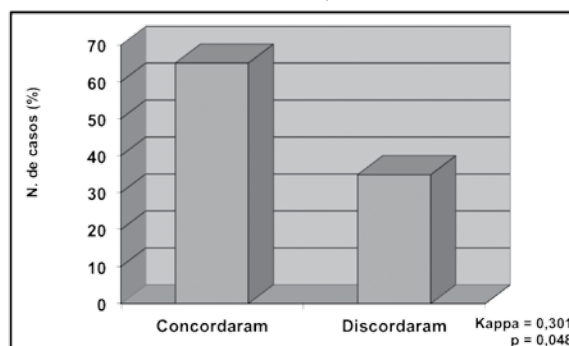
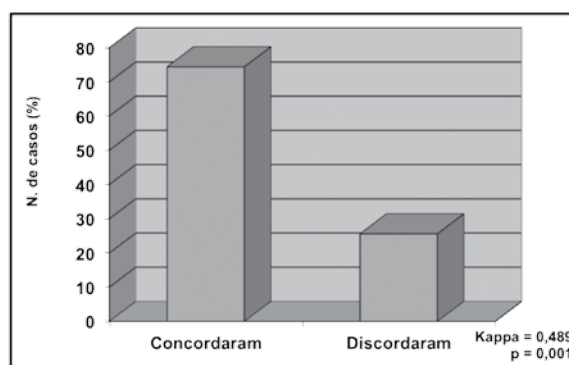


Gráfico 4: CONCORDÂNCIA BIÓPSIA E PEÇA CIRÚRGICA REGIÃO BASAL ESQUERDA



quatro regiões uma significância estatística ($p < 0,05$) com Kappa entre 0,2 a 0,4. A biópsia nas regiões da base direita e médio esquerda não demonstrou correlação com as áreas acometidas por adenocarcinoma de próstata na peça cirúrgica ($p > 0,05$).

Em estudo feito por Veloso et al em 2007, três patologistas examinaram lâminas de biópsias sextantes por agulha e peças cirúrgicas prostáticas de 110 pacientes com diagnóstico prévio de câncer de próstata submetidos à prostatectomia radical. Os patologistas compararam os locais acometidos na biópsia e peça cirúrgica, semelhante ao proposto no atual estudo. As informações colhidas foram analisadas quanto à concordância interobservador através da estatística Kappa (K). Detectou-se neste estudo uma concordância de biópsia versus peça em que o valor Kappa obtido foi significativo ($p < 0,05$) apenas na região apical, variando de 0,24 a 0,35. Na região média e basal o Kappa foi muito baixo ou não significativo ($p > 0,05$).

A maioria dos adenocarcinomas de próstata possui natureza multifocal mesmo em estágios precoces, o que leva a discussão de fatores preditores de uni ou bilateralidade na avaliação clínica pré-operatória, como características clínicas e patológicas provenientes da biópsia e a sua importância para a recomendação de terapias conservadoras ou invasivas para os pacientes. (24,25).

Cerca de 25% dos cânceres de próstata possuem uma localização anterior e podem não serem identificados com a técnica clássica de biópsia transretal (20). Diante desta evidência, muito se discute na literatura quanto à técnica de biópsia de prostática, com comparações entre a técnica transperineal e transretal. Esta última é a forma classicamente aceita e padronizada em diversos países, embora evidencie taxas de até 20–30% de falso negativos em alguns estudos (25).

Apesar de não haver consenso na literatura, biópsias transperineais são cada vez mais descritas nos estudos como alternativa para a detecção de focos não identificados na clássica biópsia transretal, focos estes localizados principalmente na região anterior da glândula (24,25).

Na nossa revisão da literatura em língua inglesa e portuguesa o único trabalho semelhante ao nosso foi o de Veloso et al. A nosso ver a concordância do nosso estudo nas regiões média direita, ápice direito, base esquerda e ápice esquerdo pode ser reflexo da dificuldade de abordagem por biópsia de lesões em determinadas localizações na próstata, da técnica utilizada e da experiência do executor do procedimento.

CONCLUSÃO

Destaca-se na literatura a importância da biópsia no diagnóstico do câncer de próstata. Para exame de tal relevância apresentamos resultados em que a confiabilidade da localização neoplásica quando comparada biópsia e peça cirúrgica foi no máximo moderada. Este resultado pode ser reflexo da dificuldade de abordagem por biópsia de lesões em determinadas localizações na próstata, da técnica utilizada e da experiência do executor do procedimento. Essa avaliação é útil no controle de qualidade do procedimento de biópsia do serviço de urologia onde foi realizado e estimula a busca de novas estratégias técnicas para a realização da

biópsia objetivando uma concordância plena entre a localização do câncer na biópsia e na peça cirúrgica contribuindo assim para o melhor planejamento cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).
2. Sankin S. Side-specific factors associated with extracapsular extension and seminal vesicular invasion in men undergoing open radical retropubic prostatectomy. São Paulo. Rev. Assoc. Med. Bra. v.49 p.250-4, 2003.
3. Calvete, AC.; Srougi, M.; Dall'oglio, MF; Avaliação da extensão da neoplasia em câncer de próstata, valor de PSA, da percentagem de fragmentos positivos e escala de Gleason Rev Assoc Med Bras ; 49(3): 250-4; 2003.
4. Epstein, J. Acinar Adenocarcinoma EBLE; Jhon et al. World Health Organization Classification of Tumours - Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs - IARC Press Lyon, 2004. P. 255-211.
5. Wolf, A. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Prostate Cancer Update 2010 CA CANCER J CLIN ;60:70-98; 2010
6. Crawford, E.; Miller, G; Labrie, F; Hirano, Prostate Cancer Pathology Screening, and Epidemiology REVIEWS IN UROLOGY VOL. 3 SUPPL. 2 2001
7. Prostate gland, Protocol applies to invasive carcinomas of the prostate gland. College of American Pathologists. 2012
8. Rocha, LCA; Silva, EA; Costa, RP; Henrig, FLO; Biópsia de Próstata Projeto Diretrizes 2006
9. Veloso S.G. Correlação anatomopatológica entre a amostragem por agulha e a amostragem cirúrgica no câncer de próstata: variabilidade interobservador. 2007. 101 f. Tese Mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
10. Dimmen M, Vlatkovic L, Hole KH, Nesland JM, Brennhovd B, Axcrona K. Transperineal prostate biopsy detects significant cancer in patients with elevated prostate-specific antigen (PSA) levels and previous negative transrectal biopsies. BJU Int. p.110 jul 2012.
11. ANDRADE, R. et al. The Percentage of Affected Fragments in Biopsy as a Predictor of Prostate Cancer Extension: a Systematic Review Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(3): 359-366
12. FREEDLAND S.J. Percent of prostate needle biopsy cores with cancer is significant independent predictor of prostate specific antigen recurrence following radical prostatectomy: results from SEARCH database. Journal of Urology. Los Angeles. V.169 p.2136-41, 2003.
13. Bostwick, D; Meires, I. Neoplasms of the Prostate. BOSTWICK, David; CHENG, Liang Urologic Surgical Pathology 2 Edition P. 444-515
14. Dall'oglio M.F. Prediction of pathological stage in prostate cancer through the percentage of involved fragments upon biopsy. São Paulo. Int Braz J Urol. 31 p.445-51, 2005
15. Antunes A. Preoperative determination of prostate cancer tumor volume: analysis through biopsy fragments. São Paulo. Int Braz J Urol v.33 p.477-85, 2007
16. Sakai I. Significance of the percentage of prostate needle biopsy cores with cancer as a predictor of disease extension in radical prostatectomy specimens in Japanese men. International Urology and Nephrology v.37 p. 305-10, 2005.
17. Winkler, M. H. The total percentage of biopsy cores with cancer improves the prediction of pathological stage after radical prostatectomy. Journal of the British Association of Urological Surgeons, London, v. 94, p. 812 – 815, 2004.
18. Gancarczyk K. J. Using the percentage of biopsy cores positive for cancer, pretreatment psa, and highest biopsy gleason sum to predict pathologic stage after radical prostatectomy: the center for prostate disease research normograms. Elsevier science inc., Washington, v.61 p.589-595, 2003.
19. Rubin MA, Dunn RD, Dunn R, Kambham N, Kambham N, Misicki CP, Misicki CP, O'Toole KM, Toole KM. Should a Gleason score be assigned to a minute focus of carcinoma on prostate biopsy? Am J Surg Pathol. Dec;24(12):1634-40. 2000
20. Pinthus JH, Witkos M, Flesher NE, Sweet J, Evans A, Jewett MA, Krahn M, Alibhai S, Trachtenberg J. Prostate cancers scored as Gleason 6 on prostate biopsy are frequently Gleason 7 tumors at radical prostatectomy: implication on outcome. J Urol. 2006 Sep;176(3):979-84; discussion 984.
21. Taylor JA, Gancarczyk KJ, Fant GV, McLeod DG. Increasing the number of core samples taken at prostate needle biopsy enhances the detection of clinically significant prostate cancer. Urology Nov;60(5):841-5 2002.
22. Coogan C.L. Increasing the number of biopsy cores improves the concordance of biopsy Gleason score to prostatectomy Gleason score. Journal of the British Association of Urological Surgeons. Chigaco, v.96 p.324-7, 2005
23. Fugakai T. N. Discrepancies between Gleason scores of needle biopsy and radical prostatectomy. Phatology Internacional, Honolulu, v. 51 p 364-370, 2001.
24. Gallina A, Maccagnano C, Suardi N, Capitanio U, Abdollah F, Raber M, Salonia A, Scattoni V, Rigatti P, Montorsi F, Briganti A. Unilateral positive biopsies in low risk prostate cancer patients diagnosed with extended transrectal ultrasound-guided biopsy schemes do not predict unilateral prostate cancer at radical prostatectomy. Department of Urology, Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy jul 2012.
25. Dimmen M, Vlatkovic L, Hole KH, Nesland JM, Brennhovd B, Axcrona K. Transperineal prostate biopsy detects significant cancer in patients with elevated prostate-specific antigen (PSA) levels and previous negative transrectal biopsies. BJU Int. p.110 jul 2012.

IMPACTO DA EXERESE DE ENDOMETRIOMA NA RESERVA FOLICULAR OVARIANA

THE IMPACT OF THE RESECTION OF ENDOMETRIOMA ON OVARIAN FOLLICULAR RESERVE

CARLO CÉSAR MUNGO¹
RUI GILBERTO FERREIRA²

Palavras-chave: Endometrioma, reserva ovariana, Hormônio antimulleriano, contagem de folículos antrais
Keywords: Endometrioma. Ovarian reserve. Antimullerian hormone. Antral follicle count

RESUMO

Endometrioma ovariano é uma ocorrência frequente, acometendo mulheres no período reprodutivo. A sua presença no ovário pode diminuir a população folicular ovariana, entretanto o seu tratamento cirúrgico também pode trazer impacto negativo na reserva folicular pela ressecção involuntária de tecido ovariano normal. A excisão do endometrioma por laparoscopia é o tratamento preferencial em termos de melhora dos sintomas, aumento da fertilidade e baixa recorrência, quando comparado com drenagem associada à cauterização da cápsula. A dosagem de Hormônio Antimulleriano (AMH) e contagem dos folículos antrais (AFC) pela ultrassonografia tem sido reportados como os dois melhores parâmetros da medida da reserva folicular, sendo o AMH o mais independente. Também existem relatos de diminuição de resposta ovariana nos tratamentos de FIV em ovários operados de endometriomas. Diante dos resultados de estudos recentes tem-se recomendado excisão de endometrioma apenas em casos de dor, infertilidade ou maiores que 4-5 cm nas pacientes assintomáticas.

ABSTRACT

The ovarian endometrioma is a frequent occurrence, affecting women in the reproductive period. Their presence may decrease the ovarian follicular population; however, their surgical treatment can also bring negative impact on follicular reserve for resection of involuntary normal ovarian tissue. Excision of endometrioma laparoscopic treatment is preferred in terms of improvement in symptoms, increasing fertility and low recurrence compared with drainage associated with cauterization of the capsule. The dosage of the antimullerian hormone (AMH) and the antral follicle count (AFC) by ultrasonography have been reported as the best two parameters measuring the follicular reserve, and AMH as independent. There are also reports of decreased ovarian response in IVF treatments in ovarian endometriomas operated. Given the results of recent studies, it has been recommended the excision of endometrioma only in cases of pain, infertility or size greater than 4-5 cm in asymptomatic patients.

INTRODUÇÃO

Endometrioma ovariano é a terceira manifestação mais comum da endometriose, atrás apenas de implantes em fundo de saco de Douglas e ligamentos uterossacros e representa 35% dos cistos ovarianos que requerem cirurgia (4). Sua ressecção cirúrgica é recomendada como procedimento de escolha para o seu tratamento (1,2,4). Recentemente a literatura tem reportado este procedimento como potencial causador de dano na reserva folicular ovariana, o que poderia trazer impacto negativo na fertilidade subsequente.

Este estudo teve como objetivo fazer uma revisão da literatura na que se refere ao possível dano da reserva folicular ovariana

causada pela ressecção de endometriomas ovarianos e orientar a melhor conduta frente a esta patologia.

OBJETIVO

Avaliar o impacto da excisão de endometrioma ovariano na reserva folicular ovariana.

METODOLOGIA

Foi realizada revisão da literatura de publicações no banco de dados PUBMED, encontrando-se 49 artigos dos quais foram selecionados 14 artigos prospectivos, randomizados e artigos de revisão, priorizando-se os de publicações mais recentes.

1. Médico Ginecologista e Obstetra, pós-graduando do curso de Cirurgia Minimamente Invasiva da Schola Fértil

2. Doutor em Doenças Infeciosas e Parasitárias pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, professor adjunto e sub-chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia a Universidade Federal de Goiás

ENDOMETRIOSE OVARIANA

Endometrioma ovariano é uma formação cística ovariana originada da presença de tecido endometriótico ectópico ovariano⁽⁴⁾. A teoria mais aceita, ainda controversa, sugere que o refluxo de tecido endometrial normal pelas trompas, e sua adesão no córtex ovariano é seguido pela invaginação deste córtex. Assim a parede do endometrioma é uma pseudocápsula (Figura 1) formada de tecido endometrial fortemente aderido ao córtex ovariano, o qual naturalmente possui folículos em sua estrutura^(9,11). Kuroda e cols., numa coorte com 103 pacientes verificaram que houve maior ressecção involuntária de tecido ovariano normal nos casos de endometriomas ovarianas quando comparados aos cistos não endometrióticos, guardando uma relação direta com o tamanho do endometrioma e também uma maior densidade folicular no tecido ovariano de mulheres com menos de 35 anos.⁽¹¹⁾

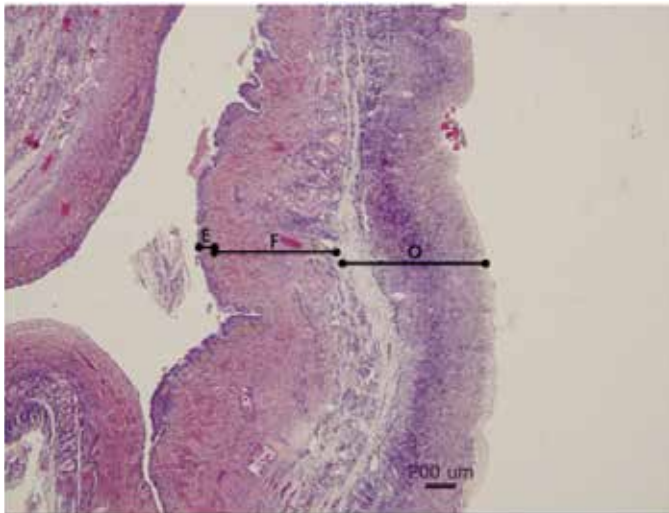


Figura 1 E = tecido endometrial; F = Fibrose; O = córtex ovariano

MARCADORES DA RESERVA OVARIANA

Vários marcadores da reserva folicular vêm sendo utilizados e reportados na literatura. AMH tem sido colocado recentemente como o mais útil, sensível e confiável e independente marcador da reserva folicular, guardando estreita relação com AFC pelo ultrassom. AMH é uma glicoproteína dimérica, que pertence à família do Fator – b de transformação de crescimento, sendo produzido somente pelas células da granulosa dos folículos recrutados após sensibilização pelo FSH. Seu nível declina com a idade, independe do ciclo menstrual, e não é afetado pela administração do agonista GnRh. (4, 5, 9). Kitajima e cols. Num estudo com 32 mulheres, verificaram maiores variações nas dosagens do AMH entre mulheres submetidas à exérese de endometrioma quando comparadas a outros cistos não endometrióticos⁽⁵⁾.

AFC parece não ser influenciado pela fase do ciclo menstrual, uso de agonistas GnRH, contraceptivos orais, medicamentos indutores da ovulação^(7,8). Almog e cols., num estudo com 2864

mulheres que realizaram ultrassonografia encontraram diminuição na contagem de folículos antrais de ovários contendo endometriomas quando comparados com os contralaterais, não tendo sido observado diferença nos ovários contendo outros tipos de cistos, o que sugere que a presença do endometrioma, de alguma forma diminui a população de folículos. Isto poderia ser explicado, segundo o autor por apoptose das células da granulosa, stress oxidativo eritrocitário ou das células apoptóticas e/ou presença de fatores teciduais por necrose tumoral⁽⁷⁾.

IMPACTO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA RESERVA FOLICULAR

Os endometriomas não respondem a tratamento clínico e é amplamente reportado na literatura que a sua excisão cirúrgica é o tratamento padrão ouro^(1,2,6,9,10). A cirurgia excisional está associada com menor recorrência dos sintomas de dismenorrea, dispareunia e dor, menores taxas de recorrência e melhores taxas de gestação em mulheres inférteis^(1,2,4). Em um estudo, Alborzi e cols., cistectomia apresentou menor taxa de recorrência dos sintomas (dor e dismenorrea) e de reoperação. Em dois anos, 15,8% das mulheres do grupo cistectomia manifestaram recorrência dos sintomas, comparado com 56,7% no grupo fenestração e coagulação. A taxa de reoperação foi de 5,8% no grupo cistectomia e de 22,9% no grupo fenestração e coagulação⁽³⁾.

Por outro lado, mais recentemente, este tratamento cirúrgico vem sendo associado a dano na reserva folicular. Em um estudo prospectivo com 65 pacientes, Celik e cols., verificaram decréscimo nos níveis de AMH no pós-operatório de mulheres operadas de endometriomas⁽⁹⁾. Kuroda e cols., numa coorte de 103 casos em pacientes operadas de cistos ovarianos endometrióticos e não endometrióticos, encontraram significativamente maior quantidade de tecido ovariano ressecado involuntariamente nos casos de endometriomas, e maior densidade folicular nos tecidos ressecados em mulheres com menos de 35 anos, o que sugere que a excisão do endometrioma traz impacto negativo na reserva folicular e que isto é mais importante nas mulheres mais jovens, com idade < 35 anos⁽¹¹⁾. Já em outro estudo, Ercan e cols., avaliaram 36 pacientes operadas de endometrioma unilateral verificaram clara diminuição na AFC, o que não foi acompanhada de queda de AMH nem de perfusão ovariana ao Doppler, sugerindo que a cirurgia possivelmente é impactante na reserva folicular, mas podem existir mecanismos compensatórios como reperusão do ovário operado, adequado funcionamento do tecido ovariano residual e compensação pelo ovário contralateral⁽¹²⁾. Alguns estudos colocam que a vaporização da pseudocápsula com laser de CO2 seria mais protetora ao tecido ovariano que excisão + eletrocauterização^(3,9). O uso de análogo de GnRh no pré-operatório tem-se tido como fator que aumenta o risco de ressecção de tecido ovariano normal^(6,14).

O tamanho do endometrioma parece aumentar o risco de dano. Hoon-Kyu e cols., num estudo prospectivo de 114 pacientes submetidas à excisão de endometrioma, após análise histopatológica identificaram significativamente maior quantidade de tecido removido em endometriomas maiores que 5 cm⁽⁶⁾. Celik e cols. dosando AMH em pacientes submetidas excisão de endometrioma identificaram decréscimo maior em pacientes com endometriomas maior que 5 cm⁽⁹⁾.

Além de possíveis danos à fertilidade, existem também relatos na literatura de falência ovariana precoce de 2,4% após excisão de endometriomas bilaterais contra 1,1% na população geral⁽¹⁰⁾.

EXCIÇÃO DO ENDOMETRIOMA E RESPOSTA OVARIANA

Resposta à indução ovariana é tida como indicador de reserva folicular e estudos que demonstram resultados conflitantes em relação a esta resposta em mulheres submetidas à prévia excisão do endometrioma. Almog e cols. num estudo de 81 mulheres, não encontraram diferença significativa no número de oócitos recrutadas em ovários com endometriomas, independente do número de folículos⁽¹³⁾, recomendando o autor que a ressecção do endometrioma só deve ser feita se este dificultar a coleta de folículos. Bussaca e cols., num artigo de revisão relata estudo em que houve redução do número de folículos recrutados de mulheres submetidas à FIV, em ovários com endometriomas, e relata também estudo em que não houve diferença significativa em taxas de gestação em mulheres submetidas à FIV após terem se submetido à ressecção de endometrioma⁽¹⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Endometrioma é uma patologia bastante relevante em termos de sintomatologia e fertilidade. Por um lado estudos mostram que a sua presença no ovário pode trazer dano folicular, e por outro sua excisão cirúrgica é potencialmente danosa à reserva folicular ovariana, o que é mais importante em mulheres mais jovens e em endometriomas maiores, assim como também possa interferir na resposta ovariana à estimulação. Também existem dados que sugerem falência ovariana prematura quando existe cirurgia de endometriomas bilaterais. De acordo com esta revisão, endometrioma deve ser retirado cirurgicamente apenas quando presente sintoma e infertilidade, e nos assintomáticos somente quando maiores que 4 ou 5 cm, sendo necessário o consentimento pós informado das pacientes explicando-lhes os riscos de dano à fertilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrea Prestes Nácúl, Poli Mara Spritzer. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2010; 32(6):298-307.
2. Patrick Peter Yeung, Jr, MD, James Shwayder, MD, and Resad P. Pasic. Laparoscopic Management of Endometriosis: Comprehensive Review of Best Evidence. Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol. 16, No 3, May/June 2009
3. William Kondo, Monica Tessmann Zomer, Vivian Ferreira do Amaral. Tratamento

4. Dimitrios Tsolakidis, Ph.D., George Pados, Ph.D., Dimitrios Vavilis, Ph.D., Dimitrios Athanatos, M.D., Tryfon Tsalikis, Ph.D., Anastasia Giannakou, M.D., and Basil C. Tarlatzis, Ph.D. The impact on ovarian reserve after laparoscopic ovarian cystectomy versus three-stage management in patients with endometriomas: a prospective randomized study. Fertility and Sterility Vol. 94, No. 1, June 2010.
5. Michio Kitajima, M.D., Ph.D. Khaleque Newaz Khan, M.D., Ph.D. Koichi Hiraki, M.D. Tsuneo Inoue, M.D., Ph.D. Akira Fujishita, M.D., Ph.D. Hideaki Masuzaki, M.D., Ph.D. Changes in serum anti-Mullerian hormone levels may predict damage to residual normal ovarian tissue after laparoscopic surgery for women with ovarian endometrioma Fertility and Sterility Vol. 95, No. 8, June 30, 2011.
6. Hoon-Kyu Oh, Jeong-Im Sin, Ju-Hyun Kim, Seong-Yeon Hong, Tae-Sung Lee, Youn-Seok Choi. Effect of age and stage of endometriosis on ovarian follicular loss during laparoscopic cystectomy for endometrioma. International Journal of Gynecology and Obstetrics 114 (2011) 128–132.
7. Benny Almog, M.D. Fady Shehata, M.B.B.Ch., M.Sc. Boaz Shezaf, M.D. Togas Tulandi, M.D., M.H.C.M. Effect of different types of ovarian cyst on antral follicle count. Fertil Steril 2010; 94:2338–9. 2010 by American Society for Reproductive Medicine.
8. Benny Almog, M.D. Boaz Shezaf, M.D. Einat Shalom-Paz, M.D. Fady Shehata, M.D., M.Sc. Aym an Al- Talib, M. D. Togas Tulandi, M.D. Effects of excision of ovarian endometrioma on the antral follicle count and collected oocytes for in vitro fertilization. Fertility and Sterility Vol. 94, No. 6, November 2010.
9. Hale Goksever Celik, M.D., Erbil Dogan, M.D., Emre Okyay, M.D., Cagnur Ulukus, M.D., Bahadir Saati, M.D., Sezer Uysal, M.D., and Meral Koyuncuoglu, M.D. Effect of laparoscopic excision of endometriomas on ovarian reserve: serial changes in the serum antimullerian hormone levels. Fertility and Sterility® Vol. 03, No.27, 2012.
10. Mauro Busacca, MD, and Michele Vignali, MD. Endometrioma Excision and Ovarian Reserve: A Dangerous Relation. Journal of Minimally Invasive Gynecology (2009) 16, 142–148 2009 AAGL.
11. Masako Kuroda, Keiji Kuroda, Atsushi Arakawa, Yuki Fukumura, Mari Kitade, Iwaho Kikuchi, Jun Kumakiri, Shozo Matsuoka, Ivo A. Brosens, Jan J. Brosens, Satoru Takeda and Takashi Yao. Histological assessment of impact of ovarian endometrioma and laparoscopic cystectomy on ovarian reserve. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research © 2012, doi:10.1111/j.1447-0756.2012.01845.x.
12. Cihangir Mutlu Ercan, Namik Kemal Duru, Kazim Emre Karasahin, Hakan Coksuer, Murat Dede, Iskender Baser. Ultrasonographic evaluation and anti-mullerian hormone levels after laparoscopic stripping of unilateral endometriomas. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 158 (2011) 280–284.
13. Benny Almog, Fady Shehata, Boaz Shezaf, Seang Lin Tan, and Togas Tulandi. Effects of ovarian endometrioma on the number of oocytes retrieved for in vitro fertilization. Fertility and Sterility Vol. 95, No. 2, February 2011.
14. Giovanni Retto, Giuseppe Santoro, Emanuele Sturlese, Rosanna De Dominicis, Daniela Villari, Annalisa Retto and Vittorio Palmara. Efficacy of laparoscopic stripping for ovarian cysts: Histological and clinical findings. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 37, No. 6: 547–552, June 2011.

LAPAROSCOPIA NA PRENHEZ ECTÓPICA

LAPAROSCOPY IN ECTOPIC PREGNANCY

TÁRIK KASSEM SAIDAH¹

RUI GILBERTO²

ALEXANDRE A. BEZERRA DO AMARAL³

WALDEMAR NAVES DO AMARAL⁴

Palavras-chave: *Prenhez Ectópica, Laparoscopia, Tratamento*

Keywords: *Ectopic Pregnancy, Laparoscopy, Treatment*

RESUMO

A prevalência de gestação ectópica varia de 0,3% a 2%. Apesar de a mortalidade ter diminuído nos últimos anos, a prenhez ectópica (PE) representa de 9 a 13% das mortes maternas mesmo com os avanços no diagnóstico e tratamento. O tratamento da prenhez ectópica pode ser expectante, medicamentoso e cirúrgico. A laparoscopia é o tratamento cirúrgico de escolha, é indicada em pacientes hemodinamicamente estáveis, com restrições ao tratamento clínico.

ABSTRACT

The prevalence of ectopic pregnancy ranges from 0.3% to 2%. Although mortality has decreased in recent years, the ectopic pregnancy (EP) represents 9-13% of maternal deaths despite advances in diagnosis and treatment. Treatment of ectopic pregnancy can be expectant, medical and surgical. Laparoscopy is the standard surgical treatment and is indicated in hemodynamically stable patients, with restrictions to medical treatment.

INTRODUÇÃO

Prenhez ectópica (PE) é definida como a implantação do blastocisto em qualquer outro sítio fora da cavidade uterina. Aproximadamente 95% ocorrem nas tubas uterinas, a parte ampolar é acometida em 70% dos casos, a região ístmica 12% e as fimbrias 11%^{7(C)}.

Na população geral, a prevalência de gestação ectópica varia de 0,3% a 2%^{2(C)}. Nos Estados Unidos houve um aumento significativo na incidência de prenhez ectópica nas últimas décadas, quando as taxas aumentaram de 0,5% das gravidezes em 1970, para 2% das gestações em 1992^{5 (D)}. Esse incremento pode ser explicado pelo aumento das doenças sexualmente transmissíveis, bem como dos diagnósticos e também pelo acréscimo das técnicas de fertilização assistida. Nas fertilizações in vitro (FIV) as taxas de gestações ectópicas variam de 2,2 a 8,6% porém, em grupo com comprometimento tubário estes índices podem ser maiores chegando a 11%^{6(B)}.

Apesar da mortalidade ter diminuído nos últimos anos, a PE representa de 9 a 13% das mortes maternas apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento^{3(A)}. O diagnóstico é feito através da história clínica, dos fatores de risco, do exame físico, da ultrassonografia e níveis de β -hCG. O conceito do limite discriminatório que é a correlação entre nível de β -hCG > 1.500 com visualização de saco gestacional intraútero é um dado importante para o diagnóstico^{7(C)}. O tratamento da prenhez ectópica pode ser

expectante, medicamentoso e cirúrgico.

Este trabalho teve o objetivo de promover uma revisão sobre a importância da vídeolaparoscopia na terapêutica da prenhez ectópica.

METODOLOGIA

Foi utilizado como base de dados o PubMed. As palavras chaves utilizadas para pesquisa foram: laparoscopy, ectopic, pregnancy, treatment, heterotopic. Foram encontrados 89 artigos e destes foram selecionados 16 para discutir sobre a importância da vídeolaparoscopia na terapêutica da prenhez ectópica.

TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DA PRENHEZ ECTÓPICA

O tratamento expectante pode ser realizado desde que a paciente esteja assintomática, apresente níveis de β -hCG menores que 1000 mIU/mL e decrescentes, batimentos fetais ausentes e aceite o risco de que pode ocorrer ruptura tubária e hemorragia^{10(B) 9(B)}. O tratamento medicamentoso é feito com o methotrexate (MTX), um inibidor da síntese de DNA, administrado a pacientes adequadamente selecionadas, tem uma taxa de sucesso de até 94%^{13(C)}. A eficácia depende principalmente da concentração de β -hCG: uma metanálise com 1327 mulheres com gravidez ectópica tratados com MTX mostrou que a resolução

1. Professor de Ginecologia e Obstetrícia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

2. Doutor em Doenças Infeciosas e Parasitárias pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, professor adjunto e sub-chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia a Universidade Federal de Goiás

3. Acadêmico de Biomedicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

4. Professor adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade Medicina da Universidade Federal de Goiás, mestre e doutor pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás

esteve inversamente associada com níveis de β -hCG, e níveis crescentes estiveram significativamente correlacionados com a falha do tratamento. A atividade cardíaca fetal também esteve associada com falha do tratamento com MTX. No entanto, o diâmetro do saco gestacional e a medida do tamanho fetal, isoladamente não estão relacionados com a eficácia ao tratamento clínico ^{4(A)}. O tratamento cirúrgico pode ser através da laparotomia ou laparoscopia.

A laparoscopia é o tratamento cirúrgico padrão ouro. É indicada quando a paciente não atende os critérios para uso do methotrexate, como amamentação, imunodeficiência, alcoolismo, doença hepática ou pulmonar, ulcera péptica, disfunção renal e hematológica, presença de líquido em cavidade, gravidez heterotópica e níveis de β hcg > 5.000. A laparoscopia em comparação com a laparotomia está relacionada com menores taxas de morbidade, tempo de internação, tempo cirúrgico, uso de analgésicos, perda sanguínea, custos e ausência de cicatriz cirúrgica ^{16(C)}. A laparotomia é indicada quando há instabilidade hemodinâmica da paciente e presença de aderências pélvicas ^{14(A)}.

Em um estudo com 465 pacientes, Banz e cols (2010) ^{3(A)} obtiveram os seguintes resultados: tempo cirúrgico médio de 36 minutos com desvio de 23-120 minutos, não ocorreram intercorrências cirúrgicas e não houve necessidade de transfusões sanguíneas. Gray e cols ^{8(A)}, em um estudo com 165 pacientes comparando as duas vias demonstraram um custo menor na cirurgia por vídeo (€ 2986 contra €3480), tempo cirúrgico de 73min contra 88min da cirurgia aberta ($P < 0.001$), perda sanguínea de 79mL contra 195mL ($P < 0.01$), convalescência cirúrgica de 11 dias contra 24 dias ($P < 0.001$) ^{12(A)}.

Na laparoscopia para prenhez tubária podemos optar entre a cirurgia radical (salpingectomia) e a cirurgia conservadora (salpingostomia). Os fatores a serem considerados incluem: morbidades operatórias, o risco de gravidez ectópica de repetição, o risco de doença trofoblástica persistente e os efeitos sobre a fertilidade futura. A morbidade destes dois processos é equivalente. Ao decidir por salpingostomia devemos levar em consideração dois fatores principais: o desejo reprodutivo da paciente e a condição da tuba contralateral. Quando há desejo de fertilidade futura e a outra tuba está comprometida, a cirurgia conservadora pode ser utilizada para poupar a tuba comprometida ^{7(C)}. A técnica consiste em retirar o tecido trofoblástico sem remoção do tecido tubário. É realizada uma incisão de aproximadamente 2cm no sentido longitudinal da tuba, retirando o tecido trofoblástico com pinças de pressão tomando cuidado para que este não caia na cavidade peritoneal. A tuba deve ser irrigada abundantemente e, então, é realizada a hemostasia de vasos sangrantes e a incisão é deixada para cicatrizar espontaneamente. Há risco de persistência de tecido trofoblástico em aproximadamente 3% a 20% das pacientes e o controle do β hcg em 15 dias é necessário para avaliar as pacientes submetidas a esse procedimento ^{15(C)}.

A salpingectomia é priorizada em pacientes que não tem desejo reprodutivo, naquelas que tem desejo de fertilidade futura, mas apresentam tuba contralateral normal ou ainda naquelas que apresentam comprometimento severo da tuba com gestação ectópica.

O nível de β hcg > 8.000 está relacionado com baixos índices de sucesso de salpingostomia necessitando assim de realização de

salpingectomia para controle do sangramento ^{11(B)}.

Gravidezes intersticiais representam apenas 2% a 4% de todas as prenhez ectópicas. No passado a conduta para prenhez intersticial era laparotomia devido a grandes perdas sanguíneas, entretanto, muitas podem ser conduzidas por via laparoscópica. Devido à dificuldade na obtenção de hemostasia durante a ressecção cornual, várias técnicas laparoscópicas são descritas para minimizar o sangramento. Estas incluem o uso de eletrocautério monopolar ou bisturi harmônico, e a administração de vasopressina diluída no útero ^{11(C)}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prenhez ectópica é uma grave complicação do primeiro trimestre, com importante morbidade e significativa mortalidade materna. O tratamento cirúrgico é indicado quando há contraindicações ao uso de methotrexate, prenhez heterotópica e presença de sangramento.

A laparoscopia é o tratamento cirúrgico de escolha em pacientes hemodinamicamente estáveis, pois ela apresenta uma menor perda sanguínea, menores tempos de internação e recuperação.

A cirurgia conservadora (salpingostomia) pode ser realizada quando há desejo reprodutivo e trompa contralateral comprometida, porém, o nível de β hcg deve ser avaliado no pós-operatório, devido a chance de persistência do material trofoblástico.

A cirurgia radical (salpingectomia) deve ser realizada nos seguintes casos: níveis de β hcg > 8.000, quando não há desejo reprodutivo, quando há e a trompa contralateral está normal ou ainda quando há comprometimento severo da tuba acometida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agdi M. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 2009; 23 (4): p.519-27. (C)
2. Alto W. Abdominal pregnancy. *Am Fam Physician*; 1990; 41: p.209-14. (C)
3. Banz C, Chalvatzas N, Kelling K, Beyer D, et al. Laparoscopic management of ectopic pregnancy during a 9-year period. *Fertil Steril*; 2010; 94 (7): p.2780-82. (A)
4. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. *Obstet Gynecol*; 2003; 101: p.778-84. (A)
5. Centers for disease control and prevention. Current trends ectopic pregnancy—United States, 1990-1992. *Morb Mortal Wkly Rep*; 1995; 44: p.46-48. (D)
6. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, et al. Ectopic pregnancy risk with assisted reproductive technology procedures. *Obstet Gynecol*; 2006; 107: p.595-604. (B)
7. Ehrenberg-Buchner S, Sandadi S, Moawad NS, Pinkerton JS, et al. Ectopic pregnancy role of laparoscopic treatment. *Clin Obstet Gynecol*; 2009; 52 (3): p.372-79. (C)
8. Gray DT, Thorburn J, Lundorff P, Strandell A, Lindblom B. A cost-effectiveness study of a randomised trial of laparoscopy versus laparotomy for ectopic pregnancy. *Lancet* 1995; 345: p.1139-43 (A)
9. Hoover KW, Tao G, Kent CK. Trends in the Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy in the United States. *Obstet Gynecol*; 2010; 115(3): p.495-502. (B)
10. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. *Am Fam Physician*; 2005; 72 (9): p.1707-14. (B)
11. Milad M, Klein E, Kazer R. Preoperative serum hCG level and intraoperative failure of laparoscopic linear salpingostomy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*; 1998; 92: p.373-76. (B)
12. Mol F, Mol BW, Ankum WM, Van Der Veen, F, et al. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 2008; 14(4): p.309-19. (A)
13. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ*, 2005; 173(8): p.905-12. (C)
14. Odejinmi F, Sangrithi M, Olowu O. Operative Laparoscopy as the Mainstay Method in Management of Hemodynamically Unstable Patients with Ectopic Pregnancy. *JMIG*, 2010; 18(2): p.179-183. (A)
15. Seeber BE, Barnhar KT. Suspect ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*; 2006; 107: p.399-413. (C)
16. Stock L, Milad M. Surgical Management of Ectopic Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*, 2012; 55 (2): p.448-54. (C)

USO DE TELAS VAGINAIS NO TRATAMENTO DO DEFEITO APICAL DO ASSOALHO PÉLVICO

USE OF VAGINAL MESH IN THE TREATMENT OF APICAL VAGINAL DEFECT OF THE PELVIC FLOOR

JOSÉ CARLOS BIANCHINI¹

RUI GILBERTO FERREIRA²

Palavras - chave: *Prolapso de órgãos pélvicos. Prolapso genital. Prolapso uterino. Telas cirúrgicas*

Keywords: *Pelvic organ prolapse. Genital prolapse. Uterine prolapse. Surgical mesh*

RESUMO

OBJETIVO: Identificar a eficácia, a segurança e as complicações do uso vaginal de tela no tratamento do defeito apical.

METODOLOGIA: Foram pesquisadas as bases de dados BVS/PUBMED, por trabalhos publicados nos últimos 5 anos, no período de 2007 a 2012. Dos 527 artigos recuperados, foram selecionados 11, e incluída uma dissertação de mestrado dada a sua relevância para o tema. Foram excluídos os estudos com força de evidência C e D.

RESULTADOS: A distopia genital é uma indicação comum para cirurgia e 30% das mulheres tratadas com cirurgia convencional irão desenvolver recorrência dos sintomas. Estudos mostram que o tratamento cirúrgico da distopia genital com o uso de tela vaginal sintética apresenta altas taxas de sucesso, variando de 87 a 95%. Os índices de complicações são maiores quando comparados ao tratamento sítio-específico, as mais frequentes são as erosões das telas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados sugerem que o uso de tela de polipropileno aplicado com uma técnica sem tensão é uma opção para a reparação definitiva da distopia genital.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the efficacy, safety and complications of vaginal use of meshes in the treatment of the apical defect.

METHODS: We searched the databases BVS/PUBMED for works published in the last five years, from 2007 to 2012. Of the 527 articles retrieved, 11 were selected and a dissertation was included given its relevance to the theme. We excluded studies with evidence level C and D.

RESULTS: The genital dystopia is a common indication for surgery and 30% of women treated with conventional surgery will develop recurrence of symptoms. Studies show that treatment of pelvic reconstructive surgery with the use of vaginal synthetic fabric has high success rates, ranging from 87 to 95%. Complications rates are higher when compared to site-specific treatment; the most frequent are erosion of the meshes.

CONCLUSION: The results suggest that the use of polypropylene mesh carried out with a tension-free technique is a definite option for the repair of pelvic reconstruction.

INTRODUÇÃO

A distopia genital constituída por defeito apical consiste em prolapso do útero e cúpula vaginal e enterocoele, confirmando defeito no suporte de nível I de DeLancey, com danos aos ligamentos cardinais e uterossacosos⁵.

Nos EUA cerca de 300 mil mulheres por ano são submetidas a operações para correção de prolapso de órgãos pélvicos

(POP) e incontinência urinária (IU). Uma mulher tem 11% de risco de ser submetida a uma cirurgia para correção de distopia do assoalho pélvico e 29% de ser reoperada devido à falha na primeira operação. Dentre os diversos tipos de prolapso, o da parede vaginal anterior é o mais frequente e o principal local de recidiva⁸.

A abordagem cirúrgica do defeito apical é um desafio.

1. Médico Ginecologista Obstetra e pós-graduando do curso de Cirurgia Minimamente Invasiva da Schola Fértil

2. Doutor em Doenças Infeciosas e Parasitárias pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, professor adjunto e sub-chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia a Universidade Federal de Goiás

O tratamento convencional com correção cirúrgica sítio-específica apresenta altas taxas de recorrência e o com uso de telas apresenta superioridade na correção anatômica. Portanto, é de relevância o estudo do uso de telas na correção cirúrgica das distopias genitais. As telas mais usadas atualmente são as de polipropileno monofilamentar, macroporosas e que apresentam os menores índices de erosões.

O objetivo desse trabalho foi identificar a eficácia, segurança e as complicações do uso da tela vaginal no tratamento do defeito apical do assoalho pélvico.

METODOLOGIA

Foram pesquisadas as bases de dados BVS/PUBMED por trabalhos publicados nos últimos 5 anos, de 2007 a 2012, com as seguintes palavras-chave: prolapso de órgãos pélvicos, prolapso vaginal, prolapso uterino e telas cirúrgicas. Dos 527 artigos recuperados, 11 foram selecionados e uma dissertação de mestrado foi incluída devido a sua relevância para o tema em estudo. Foram excluídos os estudos com força de evidência C e D.

USO DE TELAS VAGINAIS NA CORREÇÃO DO DEFEITO APICAL

Procurando uma forma anatômica e funcional de fixação da cúpula vaginal, Petros em 1990 elaborou a teoria integral e em 2001 desenvolveu a técnica da sacropexia infracoccígea⁴.

Uma revisão de 30 estudos, totalizando 2653 pacientes demonstrou uma taxa de sucesso elevada (variando de 87 a 95%) com o uso de telas no tratamento do defeito apical. Estes números estão em conformidade com as taxas de sucesso a longo prazo dos mais estabelecidos procedimentos cirúrgicos, tais como a colpopexia sacral e a fixação ao ligamento sacro-espinal. O critério para o sucesso anatômico baseia-se na avaliação clínica padronizada para o POP, a quantificação de prolapso de órgãos pélvicos (POP-Q), com resultado pós-operatório com POP < 2².

Em um estudo publicado em 2010 em que foram recrutadas 65 mulheres entre janeiro de 2007 a agosto de 2009 com seguimento de 9,7 meses e encerrado devido a uma taxa pré-determinada de erosões de tela (15,6%), não revelou nenhuma diferença no objetivo global, mas sugeriu um benefício para a parede vaginal anterior em ponto BA⁷.

Withagen e cols. (2010) avaliaram prospectivamente 150 pacientes com seguimento de 12 meses. 23% de todas as pacientes desenvolveram novo POP ≥ II no compartimento não tratado. Isto ocorreu após colocação isolada de uma tela anterior ou posterior, 46 e 25%, respectivamente. O sucesso anatômico foi classificado como POP ≤ 1⁹.

COMPLICAÇÕES DAS CIRURGIAS NA CORREÇÃO DO DEFEITO APICAL CORREÇÃO CIRÚRGICA SÍTIO – ESPECÍFICA

Historicamente, a correção cirúrgica do prolapso uterino por via vaginal tem sido realizada através da histerectomia vaginal associada à fixação da cúpula vaginal ao ligamento sacro-espinal direito e fixação da cúpula vaginal aos ligamentos uterossacros. Entretanto, os índices de falhas dessas técnicas são descritos entre 4 e 33%³.

CORREÇÃO CIRÚRGICA VIA ABDOMINAL

A sacrocolpofixação abdominal é uma opção cirúrgica para mulheres jovens sem prole definida. Este procedimento é considerado padrão-ouro para a correção cirúrgica do defeito apical via abdominal. Ele envolve o uso de uma tela de polipropileno, sem tensão, fixando o istmo uterino ao ligamento longitudinal anterior do sacro¹⁰.

A taxa de cura é de 71 a 99%. Hemorragias dos vasos pré-sacrais com necessidade de transfusão de sangue e hematoma abdominal foram relatados em 1 a 8,9% dos casos; infecção, deiscência e abscessos sacrais 5,6 a 6% e perfurações vesicais, retais e intestinais em 1,6% de incidência na histeropexia via abdominal⁴.

CORREÇÃO CIRÚRGICA COM O USO VAGINAL DE TELAS DE POLIPROPILENO

O uso de telas na cirurgia reconstrutora pélvica se baseia na premissa de que as distopias são consequentes ao enfraquecimento dos tecidos naturais. O uso de material sintético no organismo induz a respostas inflamatórias e cicatriciais indesejáveis, tais como erosões, infecções, seromas e fístulas. Após a cicatrização pode ocorrer retração, ocasionando efeitos compressivos e obstrutivos, portanto, a tela deve ser implantada sem tensão³.

Em um estudo publicado em 2010, das 67 pacientes que foram avaliadas a erosão vaginal ocorreu em 8 (11,9%), o encolhimento da malha em 6 (8,7%), o granuloma sem exposição em 4 (5,9%), a IU de esforço em 3 (4,5%) e a incontinência flato em 1 paciente (1,5%). A taxa de falha foi de 7,5%¹.

Em outro estudo publicado no mesmo ano, 28 mulheres que receberam tratamento para o POP com tela vaginal, o sucesso foi de 96,5% e a exposição em 3,5%. O uso da tela transvaginal mostrou-se ser uma técnica segura e eficiente para a correção do defeito apical⁶.

Em revisão sistemática publicada por Feiner e cols. em 2009, os autores verificaram que as taxas de complicações variaram entre 7 a 18% para os diferentes procedimentos de correção do prolapso apical. A erosão variou de 5 a 11% e a dispareunia relatada ficou entre 1,5 a 3%, as dores pélvicas, de nádega e perineal ficaram em 1% e a lesão retal em 0,4%². Devasselan e Fogarty relataram uma mulher com fascíte necrotizante¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos avaliados sugerem que o uso vaginal da tela de polipropileno é uma opção para a reparação definitiva do defeito apical. Mas as complicações pós-operatórias potenciais permanecem um desafio.

Embora as taxas de sucesso sejam elevadas (87 a 95%) com uso vaginal de tela no tratamento do defeito apical, os dados funcionais a longo prazo ainda são desconhecidos.

A slingoplastia intravaginal posterior, com conservação do útero em mulheres jovens é uma opção cirúrgica minimamente invasiva à sacrohisteropexia abdominal para o tratamento do defeito apical.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argirovic RB, Gudovic AM, Babovic IR, Berisavac MV. Transvaginal repair of genital prolapse with polypropylene mesh using a tension-free technique. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 153(1):104-7; 2010.
2. Feiner B, Jelovsek JE, Maher C. Efficacy and safety of transvaginal mesh kits in the treatment of prolapse of the vaginal apex: a systematic review. *BJOG*; 116(1):15-24; 2009.
3. Carramão S, Auge AP, Pacetta AM, Duarte E, Ayrosa P, Lemos NL, Aoki T. A randomized comparison of two vaginal procedures for the treatment of uterine prolapse using polypropylene mesh: hysteropexy versus hysterectomy. *Rev Col Bras Cir*; 36(1): 65-72, 2009.
4. Côrrea, Lilian. Tratamento do prolapso da cúpula vaginal pela técnica da sacropexia infracoccígea. 2009. Dissertação (Mestrado em Obstetrícia e Ginecologia). Faculdade de Medicina-USP. SP: SP. Disponível online em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-09022010-173419/>>. Acessado em: 2012-07-19.
5. Hefni M, El-Toucky T. Uterine prolapse in young women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 25(2):157-65, 2011.
6. Ouzaid I, Hermieu JF, Misraï V, Gosseine PN, Ravery V, Delmas V. Transvaginal repair of genital prolapse using the Prolift technique: a prospective study. *Prog Urol*; 20(8):578-83; 2010.
7. Iglesia CB, Sokol AI, Sokol ER, Kudish BI, Gutman RE, Peterson JL, Shott S. Vaginal mesh for prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*; 116(2 Pt 1):293-303, 2010.
8. Lunardelli JL, Auge AP, Lemos NL, Carramão Sda S, de Oliveira AL, Duarte E, Aoki T. Polypropylene mesh vs. site-specific repair in the treatment of anterior vaginal wall prolapse: preliminary results of a randomized clinical trial. *Rev Col Bras Cir*; 36(3):210-6, 2009.
9. Withagen MI, Vierhout ME, Milani AL. Does trocar-guided tension-free vaginal mesh (Prolift) repair provoke prolapse of the unaffected compartments? *Int Urogynecol J*; 21(3):271-8, 2010.
10. Devaseelan, P; Fogarty, P. The role of synthetic mesh in the treatment of pelvic organ prolapsed. *The Obstetrician & Gynaecologist*; 11:169-177, 2009.

CARCINOMA BASOCELULAR

BASAL-CELL CARCINOMA

CLAUDINEY CANDIDO COSTA¹

EDSON JUNIOR DE MELO FERNANDES²

FABIANO SANTANA MOURA²

VALERIANA DE CASTRO GUIMARÃES³

Palavras - chave: Carcinoma basocelular, neoplasias cutâneas, cavidade nasal, osso nasal, rinosporidiose

Keywords: Carcinoma, basal cell, skin neoplasms, nasal cavity, nasal bone, rhinosporidiosis

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Carcinoma Basocelular é uma neoplasia maligna da pele, originada das células basais da epiderme e de seus apêndices.

OBJETIVO: Descrever um caso de Carcinoma Basocelular em região nasal, atendida no em um hospital público no Centro-Oeste do Brasil.

RELATO DO CASO: Paciente de 62 anos, sexo masculino, com extensa lesão nasal de odor fétido com evolução lenta há 10 anos. As etapas do atendimento foram descritas desde a consulta inicial até a recuperação da paciente.

COMENTÁRIOS FINAIS: O Carcinoma Basocelular deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de pacientes com lesões cutâneas, uma vez que as lesões podem assumir grandes proporções, causando deformidades anatômicas e funcionais graves.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the efficacy, safety and complications of vaginal use of meshes in the treatment of the apical defect.

METHODS: We searched the databases BVS/PUBMED for works published in the last five years, from 2007 to 2012. Of the 527 articles retrieved, 11 were selected and a dissertation was included given its relevance to the theme. We excluded studies with evidence level C and D.

RESULTS: The genital dystopia is a common indication for surgery and 30% of women treated with conventional surgery will develop recurrence of symptoms. Studies show that treatment of pelvic reconstructive surgery with the use of vaginal synthetic fabric has high success rates, ranging from 87 to 95%. Complications rates are higher when compared to site-specific treatment; the most frequent are erosion of the meshes.

CONCLUSION: The results suggest that the use of polypropylene mesh carried out with a tension-free technique is a definite option for the repair of pelvic reconstruction.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma Basocelular (CB) é uma neoplasia maligna da pele, originada das células basais da epiderme e de seus apêndices. A exposição cumulativa à radiação ultravioleta, é o maior fator etiológico da afecção. A hereditariedade é um fator a ser considerado, sendo os indivíduos caucasianas os mais

propensos a desenvolver a doença¹⁻⁵.

O CB são as lesões cutâneas mais frequente no ser humano. A doença surge a partir da 4ª década de vida, com predominância no gênero masculino, tendo o seu desenvolvimento associado a indivíduos que se expuseram ao sol de forma frequente, durante a juventude. Essa neoplasia pode disseminar-se para diferentes partes

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

1. Médico otorrinolaringologista, doutor em Medicina (Otorrinolaringologia), professor adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

2. Médico, residente em otorrinolaringologia. Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

3. Fonoaudióloga epidemiologista, doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

do corpo, geralmente aquelas expostas ao sol, entretanto aproximadamente 80% dos casos afetam a região da cabeça e pescoço¹⁻⁵.

O diagnóstico da doença é clínico e baseia-se na identificação de pequenas úlceras róseo-avermelhada, de superfície lisa, bem definida, sendo a biópsia das estruturas comprometidas recomendada. A ressecção cirúrgica das lesões é um recurso utilizado para abreviar a cura¹⁻⁵.

O CB apresenta baixo índice de metástases, com elevada taxa de cura de 96% dos casos. Entretanto, as lesões podem causar graves problemas estéticos e funcionais, uma vez que ocorre a destruição local dos tecidos envolvidos¹⁻⁵.

Neste artigo é proposto a apresentação de um caso, cuja relevância reside no fato de ser incomum no ambulatório de otorrinolaringologia, e por se tratar de uma lesão nasal de grandes proporções.

No presente relato os autores descrevem um caso de Carcinoma Basocelular em região nasal, atendida no em um hospital público no Centro-Oeste do Brasil.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 62 anos, sexo masculino, natural e procedente de Ceres (GO), procurou o ambulatório de otorrinolaringologia de um hospital público no Centro-Oeste do Brasil, em abril de 2011, com o seguinte quadro clínico: extensa lesão nasal, com destruição nasal, de odor fétido com evolução lenta há 10 anos. Sem outros sintomas otorrinolaringológicos aparentes.

No momento da consulta, o paciente apresentava aparente desnutrição com sinais vitais normais. A acompanhante afirmou que nos últimos dez anos o paciente apresentou uma lesão nasal, de crescimento progressivo atingindo o tamanho atual. Na ocasião, procurou uma unidade de saúde em sua cidade, no entanto, o paciente recusou o tratamento.

Na avaliação clínica a orofaringoscopia e otoscopia não apresentava alterações. Na rinofaringoscopia anterior observou-se volumosa tumoração, presença de crostas recobrimdo toda lesão, total destruição da pirâmide nasal, além de odor fétido (Figuras 1 e 2). Apresentou resultado de biópsia realizada previamente com diagnóstico histopatológico de rinosporidiose.

A tomografia computadorizada de tórax encontrava-se dentro dos padrões de normalidade, entretanto a tomografia de seios da face revelou extensa lesão expansiva, infiltrativa, vegetante no nariz, com destruição óssea do osso nasal à direita, sugestivo de lesão neoplásica.

Com hipótese diagnóstica de lesão tumoral na cavidade nasal e total acometimento da pirâmide, optou-se pela abordagem cirúrgica. Feita ressecção em monobloco com margem de segurança de toda lesão, sendo necessária a remoção da pirâmide nasal, parte do septo ósseo e ossos próprios nasais (Figuras 3 e

4). Neste material, o exame histopatológico identificou lesão compatível com Carcinoma Basocelular com margens livres e sem infiltração perineural e vascular.

Não houve intercorrências no pós-operatório imediato. Atualmente o paciente permanece em acompanhamento com a equipe de otorrinolaringologia do hospital, para seguimento ao tratamento. Aguarda adaptação de prótese nasal que será confeccionada pela faculdade de odontologia da instituição.



Lesão vegetante. Destruição da pirâmide nasal sem infiltração da região malar (1 e 2). Aspecto no pós-operatório imediato (3). Peça cirúrgica (4).

DISCUSSÃO

O interesse na descrição deste caso é evidenciado na raridade com que a doença se desenvolve nessas dimensões, assumindo grandes proporções com deformidade facial, assim como o desenrolar e desfecho do mesmo.

A literatura descreve a região da cabeça e pescoço a mais propensa a exposição dos raios solares, sendo o local mais comum de surgimento das neoplasias cutâneas¹⁻⁵. Dentre estas o Carcinoma Basocelular é a lesão maligna mais comum em todo o mundo e representa um custo significativo para os sistemas de saúde⁴. No caso apresentado, o paciente apresentou o CB extenso com comprometimento facial.

Geralmente as lesões cutâneas localizadas nessa região são de natureza maligna, derivadas da exposição contínua aos raios solares. Caracterizado por um crescimento insidioso e progressivo, os sintomas ocorrem tardiamente e as lesões podem atingir um elevado volume^{1,2,4}. Embora apresente um crescimento lento, o tumor pode

infiltrar-se ocasionando a destruição das estruturas afetadas. Semelhante ao descrito na literatura¹⁻⁴ o paciente relatou o surgimento de uma pequena ferida que aumentou lentamente, procurando assistência médica após anos de estabelecimento da lesão.

O CB é uma neoplasia epidérmica maligna, que ocorre comumente na região da cabeça e pescoço. Entretanto, outras estruturas expostas aos raios ultravioletas como região torácica e membros, podem ser afetadas^{1,2,4,5}. No caso relatado a neoplasia acometeu a cavidade nasal. Nessa região, o crescimento lento de lesões tumorais pode retardar a procura por assistência médica, o que pode levar as lesões a atingirem grandes proporções, com destruição grave dos tecidos envolvidos, que se estende para a musculatura ao redor, cartilagem e ossos, ocasionando o surgimento de alterações anatômicas e funcionais, deformidades estéticas entre outros, sugerindo um tratamento mais agressivo. Entretanto a maioria dos casos ocorrem na cabeça e pescoço, e são tratados com sucesso utilizando medidas relativamente simples. Nos casos de diagnóstico tardio, de alto risco ou complicado, não tratados de forma eficaz, podem resultar em desfiguração considerável ou morbidade^{1,3,4} semelhante ao caso apresentado.

A média de idade dos pacientes diagnosticados com CB ocorre em torno da 4ª década, sendo os homens os mais afetados^{1,2}. No caso relatado o paciente apresentava a lesão há 10 anos, com possível surgimento na 5ª década de vida.

O diagnóstico da doença baseia-se na avaliação clínica e biópsia da lesão, entretanto¹⁻³, no caso apresentado os exames de imagens foram úteis para determinar a localização e extensão da lesão, auxiliando na conduta clínica e abordagem cirúrgica.

A tomografia computadorizada (TC) tem sensibilidades e especificidades para avaliar a localização e a infiltração da massa tumoral e pode fornecer informações adicionais sobre o delineamento e a extensão do tumor e possíveis complicações, além de proporcionar um diagnóstico mais acurado. O conhecimento prévio das delimitações e dimensões da lesão são aspectos importantes a serem considerados. Assim, no caso apresentado a proposta e planejamento cirúrgico considerou os resultados dos exames de imagem realizada no pré-operatório, como preconizam alguns estudos³.

Os tumores cutâneos são tratados através de cirurgia, com a exérese da lesão, cuja finalidade é impedir danos às estruturas adjacentes uma vez que, essa neoplasia maligna destrói as estruturas envolvidas. A abordagem cirúrgica é recomendada para todos os casos de CB nessa região¹⁻⁴. No caso relatado, a exérese cirúrgica procedeu-se por via externa, rinectomia, com dissecação cuidadosa e completa da lesão com margens macroscópica.

No presente caso o diagnóstico definitivo foi confirmado com análise histológica da peça cirúrgica, uma vez que o primeiro exame anatomopatológico revelou rinosporidiose. A história

clínica e características do paciente, aliados aos aspectos da lesão podem ter influenciado no resultado histológico inicial. A rinosporidiose é uma doença infecciosa, crônica, mucocutânea, causada pelo *Rhinosporidium seeberi*. A afecção ocorre na região nasal em 70% dos casos, sendo mais prevalente no gênero masculino, na maioria das vezes associada a indivíduos provenientes de zona rural com relatos de inoculação dos esporos presentes em águas paradas. Estabelecer o diagnóstico diferencial é importante devido a semelhança com outras enfermidades intranasais, especialmente aquelas que atingem a parte mais superficial ou interna do tecido⁶.

COMENTÁRIOS FINAIS

O carcinoma basocelular deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de pacientes com lesões cutâneas, uma vez que as lesões podem assumir grandes proporções, causando deformidades anatômicas e funcionais graves. Desse modo uma história clínica bem realizada, assim como a biópsia da lesão são métodos importantes para diagnóstico da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarfati B, Lazar CC, Goubin I, Zwillinger N, Lorenceau B. Basal-cell carcinoma of fingers: a rare location not to be ignored. *Ann Chir Plast Esthet*. 2010; 55(1):74-7.
2. Martinelli PT, Cohen PR, Schulze KE, Dorsey KE, Nelson BR. Periungual basal cell carcinoma: case report and literature review. *Dermatol Surg*. 2006; 32(2):320-3.
3. Motomura H, Taniguchi T, Harada T, Muraoka M, Ishii M. Aggressive basal cell carcinoma in the nasal region. *J Dermatol*. 2005; 32(6):424-31.
4. Mohammed F, Solish N, Murray CA. A challenging case of multiply recurrent nasal basal cell carcinoma. *J Cutan Med Surg*. 2011; 15(5):285-9.
5. Tucker SB, Polasek JW, Perri AJ, Goldsmith EA. Long-term follow-up of basal cell carcinomas treated with perilesional interferon alfa 2b as monotherapy. *J Am Acad Dermatol*. 2006; 4(6):1033-8.
6. Vallarelli AFA, Rosa SP, Souza EM. Rinosporidiose: manifestação cutânea. *An Bras Dermatol*. 2011; 6(2):373-4.

MIÍASE NASAL COM COMPLICAÇÕES GRAVES

NASAL MYIASIS WITH SERIOUS COMPLICATIONS: A CASE REPORT

EDSON JUNIOR DE MELO FERNANDES¹

FABIANO SANTANA MOURA¹

CLAUDINEY CANDIDO COSTA²

VALERIANA DE CASTRO GUIMARÃES³

Palavras - chave: Carcinoma basocelular, neoplasias cutâneas, cavidade Nasal, osso nasal, rinosporidiose

Keywords: Carcinoma, basal cell, skin neoplasms, nasal cavity, nasal bone, rhinosporidiosis

RESUMO

Miíase é uma doença produzida pela infestação de larvas de dípteros em órgãos e tecidos do homem ou de outros animais vertebrados, onde elas sustentam-se e evoluem como parasitas. No presente relato os autores descrevem um caso de miíase nasal com complicações graves, atendida no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. As etapas do atendimento foram descritas desde a consulta inicial até o desfecho.

ABSTRACT

Myiasis is a disease caused by the infestation of dipteran larvae in organs and tissues of man or other vertebrate animals, where they maintain and evolve as parasites. In this report the authors describe a case of nasal myiasis with serious complications, attended at the Hospital das Clínicas, Federal University of Goiás. The stages of treatment were described since the initial consultation to the outcome.

INTRODUÇÃO

Miíase é uma doença produzida pela infestação de larvas de dípteros em órgãos e tecidos do homem ou de outros animais vertebrados, onde elas sustentam-se e evoluem como parasitas¹⁻³. As miíases são classificadas clínica e parasitologicamente.

Clinicamente são separadas considerando a sua localização anatômica, as miíases cutâneas são aquelas nas quais as larvas produzem uma ação semelhante a um furúnculo, invadindo a derme ou feridas pré-existentes e as miíases cavitárias desenvolvem-se em cavidades do corpo humano^{1,2}.

Na classificação parasitológica as miíases podem ser obrigatórias ou primárias. Na primeira categoria as larvas, invadem e desenvolvem-se sobre ou dentro de tecidos vivos de seu hospedeiro, e evoluem independente das reações imunológicas do mesmo^{1,2}. Quando as larvas desenvolvem-se usualmente em matéria orgânica em decomposição e, ocasionalmente, podem invadir feridas do hospedeiro vivo, caracterizando a segunda categoria^{1,2,4}.

Incomum na infância ou na adolescência, a doença surge em

adultos e idosos com pico de incidência na sexta década de vida, sendo que os homens são mais acometidos que as mulheres^{1,2,5}.

O diagnóstico da doença é clínico e baseia-se na identificação de larvas localizados na região nasal, ouvido, olhos. Ocasionalmente outras estruturas como, cavidade oral ou faríngea, pulmões, vagina e ânus, entre outras podem ser acometidos. A gravidade da doença depende da evolução, localização da lesão, da capacidade de reprodução do parasito, incursão do mesmo pelos tecidos e da resposta imune do hospedeiro¹⁻⁶.

As miíases humanas são enfermidades frequentemente encontradas em países tropicais e em desenvolvimento, sendo endêmica na região do Norte de África ao Sul da Ásia. Geralmente, a infestação acomete indivíduos procedentes de zonas rurais, aqueles com nível sócio-econômico baixo, hábitos precários de higiene, portadores de distúrbios psiquiátricos, baixa imunidade ou diabéticos^{1-3,6}.

A terapêutica segue com a remoção mecânica completa das larvas, além do uso de antibioticoterapia sistêmica, para as infes-

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologista. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

1. Médico residente em Otorrinolaringologia. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

2. Otorrinolaringologista. Doutor em Medicina (Otorrinolaringologia) e professor adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

3. Fonoaudióloga epidemiologista, doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

tações graves com infecção secundária e antiparasitário oral, a ivermectina na dose de 300 µg/kg. Nos casos mais complicados, a remoção cirúrgica das larvas é um recurso utilizado para abreviar a cura, seguido de acompanhamento clínico^{3,4,6}.

Neste artigo é proposto a apresentação de um caso, cuja relevância reside no fato deste se constituir em um desfecho incomum no ambulatório de otorrinolaringologia.

No presente relato os autores descrevem um caso de miíase nasal com complicações graves, atendida no em um hospital público no Centro-Oeste do Brasil.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente JMA, 90 anos de idade, sexo feminino, solteira, natural de Goiânia (GO), procurou o Pronto Socorro de Otorrinolaringologia de um hospital público no Centro-Oeste do Brasil, em agosto de 2011, com o seguinte quadro clínico: epistaxe de média intensidade associada à hemoptise há um dia.

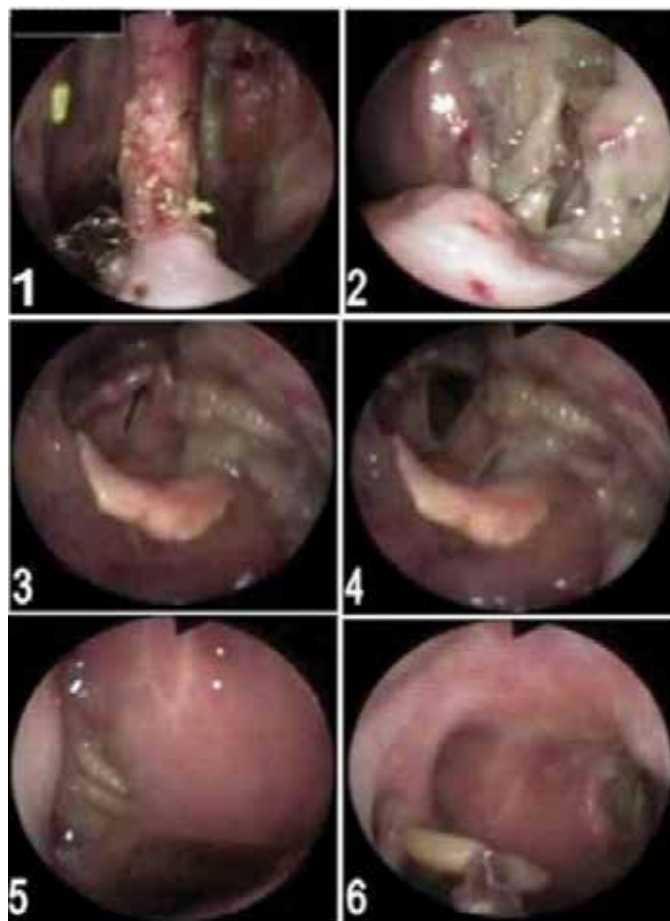
Apresentava nas últimas semanas episódios de epistaxe e rinorreia, procurando uma unidade de saúde, sendo atendida e diagnosticada como rinossinite sendo prescrito amoxicilina, sem melhora do quadro. Após uma semana passou a apresentar saída de larvas pelas narinas, quando foi encaminhada ao pronto socorro especializado.

No momento da consulta, a paciente encontrava-se em regular estado geral, normocorada, afebril, taquipneica, pressão arterial normal. Acamada há vários anos, com diagnóstico de demência e alteração no nível de consciência.

Na avaliação clínica otorrinolaringológica a otoscopia não apresentavam alterações. A membrana timpânica estava íntegra. Na orofaringoscopia e rinofaringoscopia anterior havia presença de secreção purulenta recobrimento toda mucosa e odor fétido, com saída recorrente de larvas pelas narinas.

O exame de nasofaringolaringoscopia revelou perfuração septal anterior ampla, ausência do reflexo de tosse, presença de miíase em rinofaringe, supraglote e seio piriforme (figuras 1, 2, 3, 4 e 5). A ausculta com estertores assim como a radiografia do tórax demonstrando áreas de infiltrado bilateral, compatível com pneumonia aspirativa, havendo secreção purulenta na glote assim como presença de larvas em grande quantidade.

Diante do quadro clínico iniciou-se o tratamento com a retirada mecânica das larvas (figura 6), em seguida aplicação de iodofórmio tópico (endonasal 24h), além do uso de ivermectina (300 µg/kg), em dose única, resultando na morte da maioria das larvas. Associado a antibioticoterapia sistêmica (amoxicilina com clavulanato). Não havendo quadro de insuficiência respiratória optou-se inicialmente por acompanhamento clínico, assim não foi realizado a broncoscopia para confirmação de aspiração de larvas. Exames séricos da função renal, hepática e hemograma não demonstraram alterações significativas.



Nasofaringolaringoscopia: Presença de miíase em rinofaringe e laringe 2011.

Vinte e quatro horas após a consulta inicial, a paciente foi reavaliada, e apresentando inúmeras larvas remanescentes, além de secreção e crostas presentes nas cavidades afetadas. Desse modo, optou-se por procedimento cirúrgico via endonasal sob anestesia geral, sendo realizada a remoção mecânica das larvas (maioria mortas), além da limpeza de secreção e crostas presentes na cavidade nasal, palato duro e orofaringe.

Após intervenção cirúrgica a paciente foi conduzida a unidade de tratamento intensivo para suporte clínico e evolução do desmame ventilatório. Entretanto, houve piora de padrão respiratório (radiográfico e ausculta), impossibilitando a extubação, paciente evoluiu com septicemia e óbito. Não houve a confirmação broncoscópica da aspiração de larvas.

DISCUSSÃO

O interesse na descrição deste caso é evidenciado na gravidade com que a doença desenvolveu, assim como o desenrolar e desfecho do mesmo.

O diagnóstico da doença baseia-se na identificação parasitos presentes nas lesões, onde a limpeza cirúrgica pode auxiliar na cura

^{3,4}. No caso descrito, a paciente apresentou edema nasal com secreção de odor fétido que, durante a remoção mecânica e cirúrgica do mesmo, foi retirado inúmeras larvas, sugerindo clinicamente o diagnóstico da doença, como preconizam alguns estudos ^{2,3,5,6}.

Como sugerido na literatura, geralmente as infestações acometem indivíduos idosos do gênero masculino, residentes em zonas rurais ^{1,2}. Contrariando tais critérios no caso relatado trata-se de uma paciente idosa do gênero feminino residente na região urbana.

A paciente apresentava quadro demencial, baixo nível sócio-econômico e a falta de higiene, sendo estas características encontradas em outros relatos clínicos ^{1,2,6}.

No caso descrito realizou-se a remoção mecânica das larvas com auxílio de pinças, seguido de aplicação de iodofórmio tópico (endonasal), e uso de ivermectina oral (300 µg/kg) ^{1,3,4,6}. Considerando o processo grave de infestação, bem como as condições clínicas da paciente optou-se pela hospitalização da mesma para remoção cirúrgica sob visualização endoscópica com a erradicação completa das larvas remanescentes de toda a região comprometida ^{1,3,4,6}.

Apesar de não confirmado através de broncoscopia pode ter havido broncoaspiração de larvas, o que também pode ter contribuído para o desfecho fatal do caso. Os casos de míases traqueopulmonares são raros, com poucos relatos na literatura, a maioria únicas e com história arrastada ⁷.

A literatura considera a infestação por míase uma doença de curta duração e baixa gravidade, sendo raros os casos fatais, devido aos avanços alcançados no tratamento ^{1,3,5}. Contrariamente no caso relatado, embora sem comprovação por autópsia, a morte da paciente ocorreu por possível aspiração de larvas, ocasionando as complicações respiratórias, mesmo com a conduta terapêutica estabelecida adequadamente.

Considerando a idade avançada da paciente, as condições clínicas, assim como o processo demencial da mesma, uma avaliação clínica especializada poderia ter sido realizada nas primeiras unidades procuradas, pois o diagnóstico tardio favoreceu evolução para desfecho fatal. As condutas terapêuticas adotadas precocemente seriam determinantes para a pronta recuperação da paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envolvimento do trato respiratório e o diagnóstico tardio, contribuíram para o prognóstico ruim e evolução do quadro, mesmo com a conduta terapêutica estabelecida adequadamente pela equipe de otorrinolaringologia.

O médico deve estar atento para dar importância e considerar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente vulnerável, especialmente aquele idoso com hábitos precários de higiene, baixa escolaridade e nível socioeconômico desfavorável, uma vez que esta enfermidade parasitária pode afetar várias estru-

turas do organismo, comprometendo seriamente a saúde do paciente, com graves complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Marquez AT, Mattos MS, Nascimento SB. Míases associadas com alguns fatores sócio-econômicos em cinco áreas urbanas do Estado do Rio de Janeiro. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2007; 40(2): 175-80.
- 2 - Moretti TC, Thyssen PJ. Míase primária em coelho doméstico causada por *Lucilia eximia* (Diptera: Calliphoridae) no Brasil: relato de caso. Arq. Bras. Med. Vet. Zootec. 2006; 58(1): 28-30.
- 3 - Smillie I, Gubbi PK, Cocks HC. Nasal and ophthalmomyiasis: case report. J Laryngol Otol. 2010; 124(8): 934-5.
- 4 - Pierre-Filho PTP, Pierre ETL, Pierre LMA. Orbital myiasis. Rev. Ciênc. Méd., Campinas. 2006; 15(1): 81-4.
- 5 - Arora S, Sharma JK, Pippal SK, Sethi Y, Yadav A. Clinical etiology of myiasis in ENT: a retrospective period - interval study. Braz. j. otorhinolaryngol. 2009; 75(3):356-61
- 6 - Tolentino ES, Cury AI, Ladeira D, Capelozza ALA. Míase oral: relato de caso/ Oral myiasis: case report. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2009; 63(4): 322-5.
- 7 - Garrison R.D. Human tracheopulmonary myiasis. J Clin Microbiol. 2004; 42(7):3378.

O maior portal de saúde do Centro-Oeste

Medicina em Goiás

www.medicinago.com.br



547

Visitas dia

207

Visitas únicas por dia

04

Leituras de matérias por visitante

3:46 minutos

Duração de cada visita

92,84%

Visitantes brasileiros

43,5%

Visitantes de Goiás e DF

35,57%

Visitantes de Goiânia

Média auferida pelo Google Analytics, junho/2012 a março/2013

OUTRAS VANTAGENS

- Atualização diária
- Portais diferentes para cada especialidade
- Dicas de saúde
- Artigos de especialistas
- Notícias de todas as especialidades
- Eventos médicos
- Política médica



277 seguidores
[@medicinago](#)



302 fãs
[/MedicinaGO](#)

Informações: 62.3224-3737



Desenvolvido para a gestante brasileira

Suplimater

Suplemento de vitaminas e minerais

bom
para a mamãe,
melhor
para o bebê



- ✓ Não contém glúten
- ✓ Zero açúcar
- ✓ Baixa caloria

Modo de usar: Ingerir 01 (uma) cápsula ao dia. Não consumir mais do que uma cápsula ao dia.

Apresentação: Caixa com 30 cápsulas gelatinosas moles