

REVISTA

DIAGNÓSTICO & TRATAMENTO

VOLUME 25 • EDIÇÃO 4

- O que editores, revisores, pesquisadores e bibliotecários precisam saber sobre os instrumentos PRESS, MECIR, PRISMA, AMSTAR quanto à melhoria da qualidade metodológica da busca de informação para os artigos
- Eletrocardiograma em gestante nos tempos da COVID-19
- Diagnóstico clínico e tratamento medicamentoso em ejaculação precoce



OUT-DEZ 2020

XVIII CONGRESSO PAULISTA DE MEDICINA DO SONO 2021

9 E 10 ABRIL Evento Online ⌚ 08 às 18h

Participe do XVIII Congresso Paulista do Sono. O evento será totalmente online e gratuito. Com segurança e comodidade, você poderá acompanhar as palestras de qualquer lugar. Contaremos com a participação de especialistas da área que farão interface entre especialidades. Os participantes poderão tirar dúvidas e interagir. Aproveite essa oportunidade e inscreva-se!

Principais Temas:

- Sono na infância
- Sono na adolescência
- Sono no Adulto
- Sono no Idoso
- Repercussões metabólicas da AOS
- Interface Síndrome do Sono Insuficiente
- Consenso Brasileiro de Insônia
- Hot Topics

Presidente do Congresso



Dra. Andrea
Toscanini

Comissão organizadora



Dr. Alexandre
P. de Azevedo



Dr. Álvaro
Pentagna



Dra. Erika
Treptow



Dr. Maurício
Bagnato



Dra. Tatiana
Vidigal

Confira a programação completa no site!
www.apm.org.br/congressodosono



Mais Informações:

(11) 3188-4250
inscricoes@apm.org.br

Certificação



Apoio



Associação Brasileira do Sono

Realização e comercialização



apm.org.br



SUMÁRIO

REVISTA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO • VOLUME 25 • EDIÇÃO 4

Expediente	ii	
Editorial	131	O que editores, revisores, pesquisadores e bibliotecários precisam saber sobre os instrumentos PRESS, MECIR, PRISMA, AMSTAR quanto à melhoria da qualidade metodológica da busca de informação para os artigos <i>Maria Eduarda dos Santos Puga, Álvaro Nagib Atallah</i>
Artigo original	138	Epidemiologia do abuso sexual contra crianças e adolescentes admitidas em um hospital de referência da amazônia brasileira: um estudo exploratório-descritivo <i>Larissa Nogueira Chaves, Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves, Maria Helena Mendonça de Araújo, Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini, Rosilene Ferreira Cardoso, Rubens Alex de Oliveira Menezes</i>
Relato de caso	147	Pneumotórax secundário por lesão cística formada na síndrome respiratória aguda pela COVID-19 – um relato de caso <i>Ciro Kirchenchtejn, Serli Kiyomi Nakao Ueda, Sandra Mara Lima Guimaraes, Flávio Pola dos Reis, Andrea Vinche Badra Pavani</i>
Dermatologia	152	Escorbuto em paciente bariátrica com cardiopatia grave. Relato de caso <i>Mariana Righetto de Ré, Luana Moraes Campos, Paulo Müller Ramos, Hélio Amante Miot</i>
Linguagens	156	Contaminação <i>Alfredo José Mansur</i>
Eletrocardiograma	159	Eletrocardiograma em gestante nos tempos da Covid-19 <i>Alfredo José da Fonseca, Acácio Fernandes Cardoso, Carlos Alberto Rodrigues de Oliveira, Antonio Américo Friedmann</i>
Medicina sexual	162	Diagnóstico clínico e tratamento medicamentoso em ejaculação precoce <i>Gustavo Marquesine Paul, Eduardo Medici, Carmita Helena Najjar Abdo</i>
Nutrição, saúde e atividade física	167	Circunferência da panturrilha como preditor de ausência de sarcopenia em idosos institucionalizados. Um estudo transversal <i>Rafael Benito Mancini, João Pedro da Silva Junior, Timoteo Leandro Araujo, Victor Keihan Rodrigues Matsudo, Sandra Mahecha Matsudo</i>
Resumos	173	Resumos premiados do XLI Congresso Acadêmico Médico José Carlos Prates — Curso de Medicina da Universidade de Santo Amaro (UNISA)
Instruções aos autores	II	

Imagem da capa:

Talidomida III

Duilio Galli (1970) – Óleo sobre tela – 63 cm x 83 cm

Acervo da Pinacoteca da Associação Paulista de Medicina

Foto: acervo da Associação Paulista de Medicina (APM)

REVISTA

DIAGNÓSTICO & TRATAMENTO

A Revista Diagnóstico & Tratamento (indexada na base LILACS)
é uma publicação trimestral da Associação Paulista de Medicina

Disponível na versão para *smartphone* e *tablet* (iOS e Android)

Editores

Álvaro Nagib Atallah
Paulo Andrade Lotufo
José Luiz Gomes do Amaral

Assistente Editorial

Marina de Britto

Editores Associados

Aytan Miranda Sipahi
Edmund Chada Baracat
Elcio dos Santos Oliveira Vianna
Heráclito Barbosa de Carvalho
José Antonio Rocha Gontijo
Julio César Rodrigues Pereira
Olavo Pires de Camargo
Orlando César de Oliveira Barreto

Produção Editorial

Zeppelini Publishers
www.zeppelini.com.br
zeppelini@zeppelini.com.br – Fone (11) 2978-6686

Conselho Editorial

Adaudo Castelo Filho (Doenças Infecciosas e Parasitárias)
Alberto José da Silva Duarte (Alergia e Imunologia)
Antônio José Gonçalves (Cirurgia Geral)
Armando da Rocha Nogueira (Clínica Médica/Terapia Intensiva)
Artur Beltrame Ribeiro (Clínica Médica)
Bruno Carlos Palombini (Pneumologia)
Carmita Helena Najjar Abdo (Psiquiatria)
Délcio Matos (Coloproctologia/Gastroenterologia Cirúrgica)
Eduardo Katchburian (Microscopia Eletrônica)
Edmund Chada Baracat (Ginecologia)
Enio Buffolo (Cirurgia Cardiovascular)
Ernani Geraldo Rolim (Gastroenterologia)
Flávia Tavares Elias (Avaliação Tecnológica em Saúde)
Guilherme Carvalhal Ribas (Neurocirurgia)
Irineu Tadeu Velasco (Clínica Médica/Emergências)
Jair de Jesus Mari (Psiquiatria)
João Baptista Gomes dos Santos (Ortopedia)

João Carlos Bellotti (Ortopedia e Traumatologia)
Lilian Tereza Lavras Costallat (Reumatologia)
Manoel Odorico de Moraes Filho (Oncologia Clínica)
Marcelo Zugaib (Obstetrícia/Ginecologia)
Marco Antonio Zago (Hematologia)
Maurício Mota de Avelar Alchorne (Dermatologia)
Milton de Arruda Martins (Clínica Médica)
Moacyr Roberto Cuce Nobre (Reumatologia)
Nestor Schor (Clínica Médica, Nefrologia)
Noedir Antonio Groppo Stolf (Cirurgia)
Orsine Valente (Clínica Geral, Endocrinologia e Metabologia)
Raul Cutaít (Gastroenterologia e Proctologia)
Rubens Belfort Mattos Junior (Oftalmologia)
Rubens Nelson A. de Assis Reimão (Neurologia)
Sérgio Luiz Faria (Radioterapia)
Ulysses Fagundes Neto (Gastroenterologia Pediátrica)
Ulysses G. Meneghelli (Gastroenterologia)

Correspondências para

Associação Paulista de Medicina
Departamento Científico – Publicações Científicas
Av. Brig. Luís Antônio, 278 – 7ª andar – São Paulo – SP – Brasil – CEP 01318-901
Tel: (11) 3188-4310 / 3188-4311
Home page: <http://www.apm.org.br/revista-rdt.aspx> – E-mail: revistas@apm.org.br; publicacoes@apm.org.br

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

A revista *Diagnóstico & Tratamento* não se responsabiliza pelos conceitos emitidos nos artigos assinados. A reprodução impressa, eletrônica ou por qualquer outro meio, total ou parcial desta revista só será permitida mediante expressa autorização da APM.



Diretoria Executiva da Associação Paulista de Medicina (Triênio 2017-2020)

Presidente	José Luiz Gomes do Amaral	Diretor Social	Renato Azevedo Junior
1º Vice-Presidente	Donald Cerci da Cunha (<i>in memoriam</i>)	Diretora Social Adjunto	Alfredo de Freitas Santos Filho
2º Vice-Presidente	Akira Ishida	Diretora de Responsabilidade Social	Evangelina de Araujo Vormittag
3º Vice-Presidente	Jorge Carlos Machado Curi	Diretor de Responsabilidade Social Adjunto	Wilson Capagnone
4º Vice-Presidente	Roberto Lotfi Júnior	Diretor Cultural	Ivan de Melo Araújo
Secretário Geral	Antonio José Gonçalves	Diretor Cultural Adjunto	Guido Arturo Palomba
1º Secretário	Paulo Cezar Mariani	Diretora de Serviços aos Associados	Vera Lúcia Nocchi Cardim
Diretor Administrativo	Florisval Meinão	Diretor de Serviços aos Associados Adjunto	Roberto de Mello
Diretor Administrativo Adjunto	João Carlos Sanches Anéas	Diretor de Economia Médica	Paulo De Conti
1º Diretor de Patrimônio e Finanças	Lacildes Rovella Júnior	Diretor de Economia Médica Adjunto	Carlos Alberto Martins Tosta
2º Diretor de Patrimônio e Finanças	Luiz Carlos João	1ª Diretora Distrital	Márcia Pachiegas Lanzieri
Diretor Científico	Álvaro Nagib Atallah	2ª Diretora Distrital	Sara Bittante da Silva Albino
Diretor Científico Adjunto	Paulo Andrade Lotufo	3ª Diretora Distrital	Camillo Soubhia Júnior
Diretor de Defesa Profissional	Marun David Cury	4ª Diretora Distrital	Eduardo Cruells
Diretor de Defesa Profissional Adjunto	João Sobreira de Moura Neto	5ª Diretora Distrital	Clóvis Acurcio Machado
Diretor de Comunicações	Everaldo Porto Cunha	6ª Diretora Distrital	Cleusa Cascaes Dias
Diretor de Comunicações Adjunto	José Eduardo Paciência Rodrigues	7ª Diretora Distrital	Irene Pinto Silva Masci
Diretor de Marketing	Ademar Anzai	8ª Diretora Distrital	Geovanne Furtado Souza
Diretor de Marketing Adjunto	Nicolau D'Amico Filho	9ª Diretora Distrital	Margarete Assis Lemos
Diretora de Eventos	Regina Maria Volpato Bedone	10ª Diretora Distrital	Marisa Lopes Miranda
Diretora de Eventos Adjunta	Mara Edwirges Rocha Gândara	11ª Diretora Distrital	Zilda Maria Tosta Ribeiro
Diretor de Tecnologia de Informação	Antonio Carlos Endrigo	12ª Diretora Distrital	Luís Eduardo Andreossi
Diretor de Tecnologia de Informação Adjunto	Marcelo Ferraz de Campos	13ª Diretora Distrital	Oswaldo Caiel Filho
Diretor de Previdência e Mutualismo	Clóvis Francisco Constantino	14ª Diretora Distrital	Romar William Cullen Dellapiazza
Diretor de Previdência e Mutualismo Adjunto	Paulo Tadeu Falanghe		

O que editores, revisores, pesquisadores e bibliotecários precisam saber sobre os instrumentos PRESS, MECIR, PRISMA, AMSTAR quanto à melhoria da qualidade metodológica da busca de informação para os artigos

Maria Eduarda dos Santos Puga¹, Álvaro Nagib Atallah²

Cochrane Brazil, São Paulo (SP), Brazil

A pergunta que os envolvidos com a informação e publicação científica continuam fazendo é: “O que podemos empreender para melhorar ainda mais a qualidade das publicações científicas?”

As publicações científicas contêm textos que relatam as etapas da pesquisa científica. O texto publicado é o produto final desse trabalho que merece ser relatado de forma adequada e detalhada.

Agregar rigor e qualidade metodológica aos estudos publicados em todas as etapas desse texto, de forma que o produto final tenha resultados reproduzíveis e confiáveis, é o que nos oferecem os instrumentos que avaliam e conduzem as sínteses e sinopses de evidências.

Portanto, respondendo à pergunta inicial, podemos fazer um levantamento dos instrumentos disponíveis para auxiliar na busca de informações. A busca por informações constitui uma etapa metodológica importante em qualquer investigação científica, e não apenas nos estudos que visam produzir uma síntese das evidências.

As ferramentas estruturadas que são utilizadas em avaliações e na produção de certos tipos de estudo, como revisões sistemáticas, avaliações tecnológicas em saúde, scoping reviews, rapid systematic reviews, overviews, revisões integrativas etc., podem ser instrumentos norteadores para editores, revisores, pesquisadores e bibliotecários. Um desses

¹Bibliotecária do Programa de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil; Diretora da Coordenadoria da Rede de Bibliotecas UNIFESP (CRBU), São Paulo (SP), Brasil. Information Specialist do Cochrane Brazil, São Paulo (SP), Brasil.

²Professor titular e chefe da Disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil. Diretor do Cochrane Brazil, São Paulo (SP), Brasil.

*Este editorial foi previamente publicado em inglês no periódico São Paulo Medical Journal, volume 138, edição número 6, novembro e dezembro de 2020.

Endereço para correspondência:

Maria Eduarda dos Santos Puga

Av. Afonso Pena, 80 — Apto 21 — Santos (SP) — Brasil — CEP 11020-000

Tel. (+55 13) 97413-2658 — E-mail: mespuga@unifesp.br

Fontes de fomento: nenhuma. Conflito de interesse: nenhum.

instrumentos foi criado especificamente para orientar os bibliotecários na avaliação e condução de estratégias de busca de alta sensibilidade.

Quatro instrumentos se enquadram nessa categoria. São eles:

- **MECIR** - Methodological Expectations for Cochrane Intervention Reviews;
- **PRISMA** - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses;
- **AMSTAR** - Assessing the Methodological Quality of Systematic Review;
- **PRESS** - Peer Review of Electronic Search Strategies.¹⁻⁹

No **Quadro 1**, apresentamos esses quatro instrumentos com recortes quanto à etapa de avaliação, análise e condução, especificamente para a busca de informações e desenvolvimento de uma estratégia de busca. Com esses recortes pode-se perceber que os instrumentos PRESS e MECIR fornecem mais detalhamento para a realização de buscas do que PRISMA e AMSTAR, incluindo orientação detalhada para esta etapa e maior rigor.¹⁻⁹

MECIR

O Bibliotecário da colaboração Cochrane, que tem o título Cochrane Information Specialist (CIS), tem a tarefa de **projetar e implementar estratégias de busca**. Isso envolve todo o processo de definição da pergunta e identificação do vocabulário que abrange essa pergunta, transcrevendo-a em uma estratégia de busca, selecionando as bases de dados e traduzindo a estratégia para todas as bases selecionadas (bases de dados obrigatórias, especializadas e recomendadas), testando a performance da estratégia, ajustando-a e executando-a em todas as bases de dados selecionadas para a pergunta. O bibliotecário auxilia no salvamento e orienta a gestão dos resultados obtidos por meio de sistemas automatizados de seleção e de identificação dos estudos duplicados.^{1,2}

O CIS deve garantir que os métodos de pesquisa sejam documentados de acordo com os padrões MECIR. Eles também servem como uma bússola para o CIS na condução de todo o processo.^{1,2}

É fato que o envolvimento do especialista contribui significativamente para a melhoria do relato dos métodos de pesquisa e, também, para a avaliação da qualidade geral do processo de desenvolvimento e do relatório da revisão.

O envolvimento dos especialistas em informação em tarefas de pesquisa tradicionais será sempre uma recomendação como princípio metodológico central para a produção de revisões sistemáticas de alta qualidade. No entanto, a experiência desses profissionais está cada vez mais sendo implementadas de novas maneiras.

Em 2014, o *The Lancet*, uma das revistas médicas mais importantes do mundo, publicou uma série de artigos sobre como melhorar o valor e reduzir o desperdício em pesquisa. Esses artigos estão disponíveis em acesso aberto e estão listados no **Quadro 2**.¹⁰⁻¹⁷

Além disso, uma campanha em 2014 que visava reduzir o desperdício na pesquisa chamada **REWARD** (REduce research Waste And *Reward* Diligence), e que obteve adesão por parte do *The Lancet*, destacou o papel central dos especialistas em informação para ajudar a reduzir o desperdício de pesquisa. Equipes editoriais de periódicos e órgãos de financiamento foram trazidos para os centros de pesquisa biomédica para examinar o rigor dos processos de pesquisa, avaliar a extensão da incerteza e identificar pesquisas relevantes em andamento (**Figura 1**). Quando os especialistas em informação decidiram renomear seus cargos na Cochrane, de *Trials Search Coordinators* para *CIS*, foi para reconhecimento a essas funções em evolução.¹⁸

PRESS

Esse instrumento foi pensado e criado com o objetivo de conduzir e avaliar as estratégias de busca para sínteses de evidências. Pode ser utilizado para iniciar o processo de pesquisa bibliográfica de qualquer projeto de pesquisa e publicação com o objetivo de aumentar a qualidade e a abrangência das pesquisas em geral.

A **Tabela 1** apresenta uma lista de verificação baseada em evidências de diretrizes do PRESS 2015.⁸

Esse instrumento fornece descrições de seis elementos para o uso como diretrizes para as práticas dos bibliotecários. Além disso, para os editores, pode servir de instrumento para avaliação metodológica das revisões.

É importante que os editores e os revisores adotem ou estabeleçam estratégias de revisão por pares (*peer review*) para avaliar os artigos submetidos para publicação que envolvam a contribuição de um bibliotecário especialista.⁹

O ideal é que todo esse processo de busca seja realizado no início da pesquisa, de forma a não perpetuar erros, não só ao final do estudo, mas no transcorrer de toda a pesquisa. Não há dúvida de que assim que as práticas de revisão por pares para estratégias de busca forem implementadas pelos editores e por todos os envolvidos nos processos de publicação, os autores começarão a conduzir desde o início uma busca com critérios adequados.

A proposta é a de deixar claro nas instruções aos autores quais os critérios a serem utilizados para a descrição das metodologias e qual o instrumento, ou a combinação deles, que o periódico utilizará para avaliar a qualidade dos estudos que lhe são submetidos.

Quadro 1. Instrumentos utilizados para condução e avaliação da qualidade de sínteses de evidência com recorte para avaliação da estratégia de busca e seleção das bases de dados¹⁻⁹

MECIR – METHODOLOGICAL EXPECTATIONS FOR COCHRANE INTERVENTION REVIEWS - <https://methods.cochrane.org/methodological-expectations-cochrane-intervention-reviews>. Instrumento utilizado pela Colaboração Cochrane para garantir rigor e qualidade das suas publicações.

O que é o MECIR? Padrões metodológicos aos quais todos os Protocolos, Revisões e Atualizações Cochrane devem aderir. Normas para a condução, relato etc.

Procurando estudos (C24-C38)

C24. Pesquisando bases de dados bibliográficas gerais (MEDLINE, Embase) e CENTRAL – **Obrigatório**

C25. Pesquisando bancos de dados bibliográficos especializados (CINAHL, LILACS, PsycINFO) – **Altamente desejável**

C26. Procurando por diferentes tipos de evidências - critérios de elegibilidade específicos em torno do desenho do estudo para abordar efeitos adversos, questões econômicas ou questões de pesquisa qualitativa – **Obrigatório**

C27. Pesquisando registros de ensaios - Pesquise registros de estudos e repositórios de resultados, quando relevantes ao tópico, por meio do ClinicalTrials.gov, do portal da Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da OMS (ICTRP) e de outras fontes conforme apropriado – **Obrigatório**

C28. Procurando literatura cinzenta - Pesquise fontes relevantes da literatura cinzenta como relatórios, dissertações, teses, bancos de dados e bancos de dados de resumos de conferências – **Altamente desejável**

C29. Pesquisando em outros comentários - Pesquise em análises anteriores sobre o mesmo tópico – **Altamente desejável**

C30. Pesquisando as listas de referências - Verifique as listas de referências nos estudos incluídos e quaisquer revisões sistemáticas relevantes identificadas – **Obrigatório**

C31. Pesquisa entrando em contato com indivíduos e organizações relevantes - Contate indivíduos e organizações relevantes para obter informações sobre estudos não publicados ou em andamento – **Altamente desejável**

C32. Estruturação de estratégias de pesquisa para bases de dados bibliográficas - Informar a estrutura das estratégias de busca em bases de dados bibliográficas em torno dos principais conceitos da revisão, utilizando elementos apropriados do PICO e desenho do estudo. Ao estruturar a pesquisa, maximize a sensibilidade enquanto busca uma precisão razoável. Assegure o uso correto dos operadores 'E' e 'OU' – **Obrigatório**

C33. Desenvolvimento de estratégias de pesquisa para bases de dados bibliográficas - Identifique vocabulário controlado apropriado (por exemplo, MeSH, Emtree, incluindo termos 'explodidos') e termos de texto livre (considerando, por exemplo, variantes de grafia, sinônimos, acrônimos, operadores de truncamento e proximidade) – **Obrigatório**

C34. Usando filtros de pesquisa - Use filtros de pesquisa especialmente projetados e testados quando apropriado, incluindo as estratégias de pesquisa altamente sensíveis da Cochrane para identificar ensaios clínicos randomizados no MEDLINE, mas não use filtros em bancos de dados pré-filtrados, por exemplo, não use um filtro de ensaio randomizado no CENTRAL ou um filtro de revisão sistemática no DARE – **Altamente desejável**

C35. Restringindo pesquisas de banco de dados - Justifique o uso de quaisquer restrições na estratégia de busca de data de publicação e formato de publicação – **Obrigatório**

C36. Documentando o processo de pesquisa - Documente o processo de pesquisa com detalhes suficientes para garantir que ele possa ser relatado corretamente na revisão – **Obrigatório**

C37. Executando pesquisas novamente - Execute novamente ou atualize as pesquisas de todos os bancos de dados relevantes dentro de 12 meses antes da publicação da revisão ou atualização da revisão e verifique os resultados de estudos potencialmente elegíveis – **Obrigatório**

C38. Incorporar descobertas de pesquisas repetidas - Incorpore totalmente quaisquer estudos identificados na nova execução ou atualização da pesquisa dentro de 12 meses antes da publicação da revisão ou atualização da revisão – **Altamente desejável**

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - <http://www.prisma-statement.org/>. Checklist com as principais recomendações e itens a serem incluídos no relato de uma revisão sistemática. Recorte somente para a Busca de informação.

Fontes de informação:

ITEM 7: Descreva todas as fontes de informação na busca (exemplos: base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.

ITEM 8. Apresenta estratégia de busca eletrônica completa para pelo menos um banco de dados, incluindo quaisquer limites usados, de forma que possa ser repetido.

- Descrição detalhada do fluxo da informação com as diferentes fases de uma revisão sistemática (FLUXOGRAMA PRISMA).

AMSTAR 2 – ASSESSING THE METHODOLOGICAL QUALITY OF SYSTEMATIC REVIEW - <https://amstar.ca/Publications.php>.

Ferramenta de avaliação crítica utilizada para avaliar a qualidade de Revisões Sistemáticas de estudos randomizados, e, também, nesta versão 2, estudos não randomizados de intervenção em saúde.

Pergunta 4. Os autores da revisão usaram estratégia abrangente de pesquisa de literatura?

- Pesquisaram pelo menos dois bancos de dados (relevante para a questão da pesquisa)
- Forneceram palavra-chave e/ou estratégia de pesquisa
- Restrições de publicação justificadas (por exemplo, idioma)
- Pesquisaram as listas de referência/bibliografias dos estudos incluídos
- Pesquisaram registros de ensaios/estudos
- Incluíram/consultaram especialistas em conteúdo na área
- Onde for relevante, pesquisaram literatura cinzenta
- Realizaram pesquisa dentro de 24 meses após a conclusão da revisão

Quadro 1. Continuação

PRESS 2015 - Diretrizes e recomendações para a prática bibliotecária⁸

Destacamos aqui a recomendação para bibliotecários, além das da **Tabela 2** onde está a lista simplificada do PRESS.

1. Tradução da pergunta de pesquisa: Avalie se a pergunta de pesquisa foi traduzida corretamente nos conceitos de pesquisa.

Idealmente, a estratégia de busca primária é submetida à revisão por pares para garantir a precisão conceitual. A pergunta de pesquisa, normalmente formatada de acordo com alguma variação do PICO e pontos finos de como a pesquisa foi informada pela entrevista de referência, deve ser enviada com a estratégia de pesquisa.

2. Operadores booleanos e de proximidade: Avalie se os elementos que tratam da pergunta de pesquisa foram combinados corretamente com os operadores booleanos e/ou de proximidade.

Reveja a busca por quaisquer instâncias onde ocorreram erros nos operadores booleanos; por exemplo, OR pode ter sido acidentalmente substituído por AND (ou vice-versa), ou AND pode ter sido usado para ligar frases ou palavras (por exemplo, como conjunção) em vez de um operador booleano. Observe que onde NÃO foi usado, há a possibilidade de exclusões não intencionais e outro dispositivo (por exemplo, usando um título de assunto, etiqueta de verificação ou limite) pode produzir um resultado equivalente. Certifique-se de que o uso de aninhamento entre parênteses seja lógico e tenha sido aplicado, conforme necessário. Observe também se o uso de um operador de proximidade (adjacente, próximo, dentro) em vez de E pode aumentar a precisão.

Se os operadores de proximidade forem usados, considere se a largura escolhida é estreita demais para capturar todas as instâncias previstas dos termos de pesquisa, que podem variar dependendo se o banco de dados pesquisado reconhece ou não palavras de parada. Considere se a largura é muito ampla.

Se houver restrições (por exemplo, populações humanas ou idosas), certifique-se de que a construção apropriada foi usada.

3. Cabeçalhos de assuntos (específicos do banco de dados): Avalie se há escopo suficiente na seleção de cabeçalhos de assuntos para otimizar a recordação.

Examine os seguintes elementos de uso do título do assunto: títulos ausentes ou incorretos, relevância/irrelevância dos termos e o uso correto da explosão para incluir termos mais restritos relevantes.

Considere o uso de subtítulos flutuantes que são, na maioria dos casos, preferíveis ao uso de subtítulos anexados a títulos de assuntos específicos (por exemplo, no MEDLINE, "Neck Pain/and su.fs." Em vez de "Neck Pain/su"). Observe que os títulos e subtítulos de assuntos são específicos do banco de dados.

4. Pesquisa por palavra de texto (texto livre): Avalie se os termos de pesquisa sem cobertura adequada do título de assunto estão bem representados por termos de texto livre e se sinônimos ou antônimos adicionais (opostos) e termos relacionados são necessários.

Termos de texto livre são normalmente usados para cobrir cabeçalhos de assuntos de bancos de dados ausentes. Considere elementos de uso de texto livre, como muito estreito ou muito amplo, relevância dos termos e se sinônimos ou antônimos foram incluídos.

5. Ortografia, sintaxe e números de linha: Avalie o uso correto da ortografia, o uso correto da sintaxe e a implementação de pesquisa correta.

Revise a estratégia de pesquisa de palavras com erros ortográficos e na sintaxe do sistema que não são facilmente encontrados pela verificação ortográfica.

Verifique cada número de linha e combinações de números de linha para garantir que a lógica de pesquisa foi implementada corretamente.

6. Limites e filtros: Avalie se os limites usados (incluindo filtros) são apropriados e foram aplicados corretamente.

Revise a estratégia de busca para ver se os limites que não são relevantes para os desenhos de estudo elegíveis ou para a questão clínica foram aplicados, uma vez que poderiam introduzir vieses epidemiológico.

Verifique se os filtros de pesquisa metodológicos foram aplicados corretamente; por exemplo, que as RSs (Revisões Sistemáticas) de avaliações econômicas não se restringem a RCTs (Ensaio Clínicos).

Quadro 2. Publicações do Lancet REWARD (REduce research Waste And Reward Diligence)¹⁰⁻¹⁷

Comentário (2014)

- Como a ciência médica deve mudar?¹⁰
- Pesquisa biomédica: aumentando o valor, reduzindo o desperdício.¹¹

Série (2014)

- Como aumentar o valor e reduzir o desperdício quando as prioridades de pesquisa são definidas.¹²
- Melhorar o valor e reduzir o desperdício na concepção, condução e análise de pesquisas.¹³
- Aumentando o valor e reduzindo o desperdício na regulamentação e gestão da pesquisa biomédica.¹⁴
- Aumentando o valor e reduzindo o desperdício: abordando pesquisas inacessíveis.¹⁵
- Reduzindo o desperdício de relatórios incompletos ou inutilizáveis de pesquisa biomédica.¹⁶

Ponto de vista (2014)

- Esta série está relacionada a um artigo publicado pela The Lancet em 2009:¹⁷
- Resíduos evitáveis na produção e relato de evidências de pesquisa.¹⁷



Figura 1. Editores engajados no REWARD (Reduce research Waste And Reward Diligence).

Tabela 1. Lista de verificação baseada em evidências de diretrizes da PRESS 2015⁸

Tradução da pergunta de pesquisa	<p>A estratégia de pesquisa corresponde à pergunta de pesquisa/PICO? Os conceitos de pesquisa são claros? Há muitos ou poucos elementos PICO incluídos? Os conceitos de pesquisa são muito restritos ou muito amplos? A pesquisa recupera muitos ou poucos registros? (Por favor, mostre o número de ocorrências por linha.) As estratégias não convencionais ou complexas são explicadas?</p>
Operadores booleanos e de proximidade (variam de acordo com o serviço de pesquisa)	<p>Os operadores booleanos ou de proximidade são usados corretamente? O uso de aninhamento com colchetes é adequado e eficaz para a pesquisa? Se NÃO for usado, é provável que resulte em alguma exclusão indesejada? A precisão poderia ser melhorada usando operadores de proximidade (por exemplo, adjacente, próximo, dentro) ou pesquisa de frase em vez de AND? A largura dos operadores de proximidade é adequada (por exemplo, o adj5 pode pegar mais variantes do que o adj2)?</p>
Cabeçalhos de assuntos (específicos do banco de dados)	<p>Os cabeçalhos dos assuntos são relevantes? Estão faltando alguns cabeçalhos de assuntos relevantes; por exemplo, termos de índice anteriores? Algum título de assunto é muito amplo ou muito estreito? Os cabeçalhos dos assuntos são explodidos onde necessário e vice-versa? Os títulos principais (“estrelado” ou restrito ao foco) são usados? Em caso afirmativo, há justificativa adequada? Estão faltando subtítulos? Os subtítulos são anexados aos cabeçalhos de assuntos? (Subtítulos flutuantes podem ser preferidos.) Os subtítulos flutuantes são relevantes e usados apropriadamente? Ambos os cabeçalhos de assuntos e termos em texto livre (veja o seguinte) são usados para cada conceito?</p>

Tabela 1. Continuação

Pesquisa por palavras de (texto livre)	<p>A pesquisa inclui todas as variantes de ortografia em texto livre (por exemplo, ortografia do Reino Unido versus Estados Unidos)?</p> <p>A pesquisa inclui todos os sinônimos ou antônimos (por exemplo, opostos)?</p> <p>A pesquisa captura truncamento relevante (ou seja, o truncamento está no lugar correto)?</p> <p>O truncamento é muito largo ou estreito?</p> <p>Os acrônimos ou abreviações são usados de forma adequada? Eles capturam material irrelevante? Os termos completos também estão incluídos?</p> <p>As palavras-chave são específicas o suficiente ou muito amplas? São usadas muitas ou poucas palavras-chave? Palavras de parada são usadas?</p> <p>Os campos apropriados foram pesquisados; por exemplo, a escolha dos campos de palavras de texto (tw) ou todos os campos (af) é apropriada? Existem outros campos a serem incluídos ou excluídos (específico do banco de dados)?</p> <p>Qualquer estratégia longa deve ser dividida em várias declarações de pesquisa mais curtas?</p>
Ortografia, sintaxe e números de linha	<p>Existem erros de ortografia?</p> <p>Existem erros na sintaxe do sistema; por exemplo, o uso de um símbolo de truncamento de uma interface de pesquisa diferente?</p> <p>Existem combinações de linhas incorretas ou linhas órfãs (ou seja, linhas que não são mencionadas no somatório final que podem indicar um erro em uma instrução AND ou OR)?</p>
Limites e filtros	<p>Todos os limites e filtros são usados de forma adequada e são relevantes para a questão da pesquisa?</p> <p>Todos os limites e filtros são usados de maneira adequada e são relevantes para o banco de dados?</p> <p>Faltam limites ou filtros potencialmente úteis? Os limites ou filtros são muito amplos ou estreitos? Quaisquer limites ou filtros podem ser adicionados ou removidos?</p> <p>As fontes são citadas para os filtros usados?</p>

A partir das informações do **Quadro 2**, é possível criar um *template* de opções de descrição para que todos os estudos submetidos, e também os já realizados, tenham melhor qualidade e descrição metodológica. O MECIR e o PRESS oferecem descrições amplas e rigor para o uso em todas as pesquisas. É importante também destacar que, em breve, o PRESS estará disponível em português.

É clara a necessidade de melhorar a adequação das estratégias de busca para revisões sistemáticas e para revisões em geral. A presença de um especialista em busca, com experiência no desenvolvimento de estratégia ao longo do processo de pesquisa, tornou-se imprescindível para garantir a transparência e a reprodutibilidade dos métodos de pesquisa, beneficiando, assim, a qualidade das revisões produzidas.

É importante que o revisor que utiliza a estratégia de busca e o especialista em informação que projetou a estratégia, tenham o apoio de um fórum nacional de especialistas em busca e tenham acesso a equipes que possam revisar suas estratégias. Além disso, também devem utilizar a lista de verificação do PRESS, que resume os principais erros potenciais cometidos nas estratégias de busca.⁹

Todos os esforços empreendidos para aumentar a qualidade de todas as pesquisas e revisões são válidos.

Com o material disponibilizado, junto com as ferramentas e os instrumentos, o próximo passo é trabalhar traçando um roteiro pelo qual os editores possam avaliar melhor as estratégias de busca que serão submetidas para publicação.

REFERÊNCIAS

1. Higgins JPT, Lasserson T, Chandler J, Tovey D, Churchill R. Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews. Version 1.02. London: Cochrane; 2016. Available from: <http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/MECIR%20PRINTED%20BOOKLET%20FINAL%20v1.02.pdf>. Accessed in 2020 (Nov 25).
2. Higgins J, Churchill R, Lasserson T, Chandler J, Tovey D. Update from the Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews (MECIR) project. *Cochrane Methods*. Cochrane DB Syst Rev. 2012;Suppl 1:1-56. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.471.1712&rep=rep1&type=pdf#page=8>. Accessed in 2020 (Nov 25).
3. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. PMID: 19621072; <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
4. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. PMID: 30178033; <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.

5. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10. PMID: 17302989; <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>.
6. Shea BJ, Bouter LM, Peterson J, et al. External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). *PLoS One*. 2007;2(12):e1350. PMID: 18159233; doi: 10.1371/journal.pone.0001350.
7. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:j4008. PMID: 28935701; <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>.
8. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, et al. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epidemiol*. 2016;75:40-6. PMID: 27005575; <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>.
9. Lefebvre C, Duffy S. Peer reviewing search strategies. HTAi vortal, 2018. Available from: <http://vortal.htai.org/index.php?q=book/export/html/918>. Accessed in 2020 (Nov 23).
10. Kleinert S, Horton R. How should medical science change? *Lancet*. 2014;383(9913):197-8. PMID: 24411649; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62678-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62678-1).
11. Macleod MR, Michie S, Roberts I, et al. Biomedical research: increasing value, reducing waste. *Lancet*. 2014;383(9912):101-4. PMID: 24411643 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62329-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62329-6).
12. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, et al. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *Lancet*. 2014;383(9912):156-65. PMID: 24411644; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62229-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62229-1).
13. Ioannidis JP, Greenland S, Hlatky MA, et al. Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. *Lancet*. 2014;383(9912):166-75. PMID: 24411645; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62227-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62227-8).
14. Al-Shahi Salman R, Beller E, Kagan J, et al. Increasing value and reducing waste in biomedical research regulation and management. *Lancet*. 2014;383(9912):176-85. PMID: 24411646; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62297-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62297-7).
15. Chan AW, Song F, Vickers A, et al. Increasing value and reducing waste: addressing inaccessible research. *Lancet*. 2014;383(9913):257-66. PMID: 24411650; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62296-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62296-5).
16. Glasziou P, Altman DG, Bossuyt P, et al. Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. *Lancet*. 2014;383(9913):267-76. PMID: 24411647; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62228-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62228-X).
17. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009;374(9683):86-9. PMID: 19525005; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60329-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60329-9).
18. THE REWARD THE LANCET - The Lancet REWARD (REduce research Waste And Reward Diligence) Campaign invites everyone involved in biomedical research to critically examine the way they work to reduce waste and maximise efficiency. Available from: <https://www.thelancet.com/campaigns/efficiency>. Accessed in 2020 (Jul 7).

Epidemiologia do abuso sexual contra crianças e adolescentes admitidas em um hospital de referência da amazônia brasileira: um estudo exploratório-descritivo

Larissa Nogueira Chaves^I, Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves^{II}, Maria Helena Mendonça de Araújo^{II}, Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini^{III}, Rosilene Ferreira Cardoso^{II}, Rubens Alex de Oliveira Menezes^{III}

Universidade Federal do Amapá (Unifap), Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Macapá (AP), Brasil

RESUMO

Introdução: O enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes exige que se conheçam todos os fatores envolvidos, para a elaboração de estratégias governamentais de enfrentamento. **Objetivo:** Descrever a epidemiologia da violência sexual infantojuvenil admitidas em um hospital de referência de Macapá (AP), Amazônia Brasileira. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital infantojuvenil de referência estadual, situado no município de Macapá (AP), acerca dos atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual durante o ano de 2016, mesclando dados públicos e de prontuários. **Resultados:** Foram analisados 55 prontuários e fichas de notificações, sendo que a faixa etária de 8 a 10 anos foi a mais prevalente, com predominância do sexo feminino 76,4%. O agressor do sexo masculino foi o mais prevalente 69,1% e 37,7% deles eram desconhecidos da vítima. A própria residência da vítima foi o local com maior índice de casos 49,1%, sendo que 81,8% ocorreram na cidade de Macapá. **Conclusão:** Registrou-se alto índice de abusos sexuais infantis em Macapá, com predomínio de vítimas do sexo feminino, com menos de 10 anos, agredidas em sua própria residência, por abusadores do espaço doméstico (intrafamiliar) e por estranhos (extrafamiliar). Os autores: padrasto, primo e tio representaram 28,3%, desconhecidos corresponderam a 37,7%, sendo o ambiente e o vínculo do agressor "não informado" em 71,4% dos casos. A falha no preenchimento dos dados no formulário de atendimento às vítimas de violência sexual compromete a definição precisa e clara do panorama que envolve a situação de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Abuso sexual na infância, epidemiologia, criança, saúde da criança, delitos sexuais

INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil é uma das formas de violência presentes no cotidiano de muitas crianças e adolescentes,

que se tornam indivíduos desassistidos e em estado de extrema vulnerabilidade.¹ A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) legitima o direito de todo indivíduo à vida, à liberdade e à segurança pessoal. Ademais, especificamente

^IResidência Médica em Pediatria, Universidade Federal do Amapá (Unifap), Macapá (AP), Brasil.

^{II}Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá (Unifap), Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Macapá (AP), Brasil.

^{III}Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap), Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, Macapá (AP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Rubens Alex de Oliveira Menezes

Universidade Federal do Amapá (Unifap), Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde

Rod. Juscelino Kubitschek, km 02 — Jardim Marco Zero — Macapá (AP) — CEP 68903-419

Tel. (96) 4009-2932 — E-mail: rubens.alex@unifap.br

Fontes de fomento: nenhuma. Conflitos de interesse: nenhum.

Entrada: 8 de junho de 2020. Última modificação: 1 de outubro de 2020. Aceite: 12 de outubro de 2020.

em seu artigo 5º, compreende-se que o ser humano não pode ser submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; e, no inciso 2º do artigo 25, assevera-se que a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais, gozando da mesma proteção social.²

Como garantia universal, portanto, a criança possui direito de crescer em ambiente que possua afeto e segurança moral e material, além de ser protegida contra toda forma de abandono, crueldade e exploração.^{1,2} No Brasil, conta-se com a consolidação de leis de proteção à criança e ao adolescente por meio da Constituição Federal (1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), sendo que essa temática perpassa o domínio jurídico e resulta na instalação de um problema de saúde pública, com possibilidades de produzir inúmeros prejuízos, envolvendo aspectos cognitivos, psicológicos, físicos e sociais pelos quais as vítimas são acometidas.³

A violência sexual destaca-se entre as diferentes formas de violência por seu forte conteúdo moral, pois geralmente apresenta ambiguidades e incertezas que afetam de maneira intensa todos os envolvidos, incluindo a equipe de saúde.¹ Uma das formas de violência sexual é o abuso sexual, caracterizado por ter como objeto sujeitos de direitos imaturos sexualmente e que necessitam de proteção especial por parte da sociedade.¹

No contexto social e familiar, a violência sexual contra crianças e adolescentes é vinculada à questão da transgeracionalidade. Segundo a perspectiva psicanalítica, o que é transmitido deixa marca na estrutura psíquica do indivíduo, que, sem a possibilidade de elaboração desses conteúdos recebidos, passará tal estrutura adiante, reproduzindo-a. Portanto, o que é transmitido de um espaço psíquico a outro, sem a devida elaboração, é denominado por “transmissão psíquica transgeracional”.⁴ Paralelo a essa questão, instala-se um estado de estresse orgânico, que leva a alterações, por exemplo, de síntese e liberação hormonal, como a de cortisol, de tal forma que interferem nas conexões sinápticas, associadas a doenças de difícil controle na idade adulta, como diabetes tipo II, obesidade e doença inflamatória intestinal.⁵

Em longo prazo, a violência também está associada a problemas na saúde sexual e reprodutiva, além de transtornos psiquiátricos e comportamentais como, por exemplo, depressão, ansiedade, baixa autoestima, incapacidade de relacionar-se, além de maior tendência ao uso de drogas ilícitas e comportamento suicida.⁶ Além disso, aponta-se a diferença entre gêneros quanto às manifestações psicológicas. O sexo masculino apresenta mais comumente comportamentos externalizantes, manifestos por meio de problemas comportamentais. Já o sexo feminino apresenta mais comportamentos internalizantes, ou seja, em sofrimento emocional e cognitivo.⁷

O sigilo que envolve a situação de violência contra criança e adolescente tem reflexos na subnotificação, o que desperda a necessidade de se encontrar mecanismos de facilitar o acesso à denúncia. Entre esses mecanismos, existe o Disque Denúncia Nacional do Brasil - Disque 100, do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (2010), que registrou 214.689 notificações de violência sexual, negligência, violência física e psicológica contra crianças e adolescentes, no período de 2003 a 2010.⁸

No levantamento supracitado, em relação à variável sexo da vítima, observou-se distribuição de 62% para o sexo feminino e 38% para o sexo masculino. Porém, discussões são levantadas acerca dessa distribuição pelo fato de que a identificação da violência sexual contra meninos é mais dificilmente diagnosticada, por aspectos culturais e discursos sociais, de independência, resistência e invulnerabilidade masculina, o que é paradoxal quando se trata de vítimas de violência sexual.⁸

Os números que representam a violência contra crianças e adolescentes no Brasil são preocupantes. Conhecer a realidade de cada território, suas particularidades e detalhamento permite projetar ações para o enfrentamento com base em estudos de variáveis indicativas desse problema de saúde pública.

Como indicadores de enfrentamento de violência sexual, compreende-se: a realização de ações entre família e comunidade de proteção e prevenção da violência; atenção às crianças vítimas de violência sexual; garantia de direitos; qualificação no ato de registro e notificação e responsabilização dos autores da violência.⁹ No ambiente médico, a criança pode se apresentar com alterações físicas ou comportamentais e, clinicamente, pode ter manifestações de infecção, lesões genitais, dores abdominais, constipação, infecções do trato urinário, entre outras.¹⁰

Nesse sentido, saber identificar o menor sinal de violência exige conhecimento qualificado e integração da equipe multiprofissional que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A comunicação entre os profissionais permite compreender as peculiaridades entre os múltiplos procedimentos, evitando a “revitimação”.¹¹ A equipe deve estar atenta para a dinâmica das famílias abusivas, que tende a contaminar o atendimento, confundindo os papéis e tentando manter o segredo da situação. Importante ressaltar que a preservação da vida e da integridade física das vítimas precede qualquer outro tipo de intervenção, sendo o atendimento médico prestado imediatamente, visando à administração de medicamentos específicos a cada situação que se apresenta.¹¹

O Hospital da Criança e do Adolescente é o único hospital público no Estado referência para o atendimento infantojuvenil em caráter de internação hospitalar, terapia intensiva ou de urgência e emergência clínica. Considerando a necessidade

de atender de forma qualificada esse tipo de agravo, a gestão da unidade estruturou o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS) do Amapá, que conta com equipe multiprofissional treinada e qualificada para esse tipo de atenção à saúde.

Importante informar que o Hospital da Criança e do Adolescente é uma unidade de saúde que possui limitação estrutural e organizacional na admissão de adolescentes acima de 13 anos de idade. Na ocasião em que o serviço de urgência e emergência foi inserido em sua composição, a gestão estadual concluiu que o Pronto Atendimento Infantil e os equipamentos de saúde que compõem o complexo hospitalar do Hospital da Criança e do Adolescente, limitaria seus atendimentos para crianças e adolescentes até 13 anos de idade, diferindo do que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 2º, que define como adolescente toda pessoa com idade entre 12 a 18 anos completos, ressaltando que as internações eletivas clínicas em enfermagem e terapia intensiva contemplam adolescentes até 18 anos de idade.

Dessa forma, a presente pesquisa incluiu a faixa etária estudada considerando que o SAVVIS se encontra instalado nas dependências físicas do Pronto Atendimento Infantil. Portanto, durante o acolhimento no SAVVIS, o profissional de saúde, geralmente o médico, deve obedecer ao protocolo desse atendimento, com a obrigatoriedade inicial de preenchimento da ficha de Notificação/Investigação Individual - violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais, da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, assim como a notificação ao Conselho Tutelar da área geográfica correspondente. Tal tarefa é obrigatória e possibilita o registro de informações de suma importância para o fiel panorama da violência sexual nos atendimentos realizados.

Ademais, a exemplo de outros estados, o Governo do Estado do Amapá, por meio da Secretaria de Inclusão e Mobilização Social (SIMS) reuniu instituições governamentais e organizações sociais para discutir a temática e concluiu pela necessidade de sistematizar o atendimento das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na capital do Estado, que se organizou e existe há mais de uma década, denominada Rede Abraça-me, rede de enfrentamento ao abuso e exploração sexual infantojuvenil.¹²

Esta Rede, além de executar ações preventivas, busca agilizar e melhorar o atendimento a essa população por meio de articulação entre os pares cujo principal objetivo é proporcionar o atendimento acolhedor, rápido, humanizado, eficiente e qualificado para as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual na cidade de Macapá, evitando a revitimização, a demora no atendimento à saúde e viabilizar o seguimento pela rede de atenção psicossocial de Macapá - Amapá.

Adicionalmente, o fluxo de atendimento às crianças e adolescentes, vítimas/suspeitas de violência sexual, determina que em casos de violência recente deve-se buscar inicialmente os serviços de saúde no prazo máximo de 72 horas para a administração da quimioprofilaxia para doenças sexualmente transmissíveis, de imunobiológicos contra hepatite B e o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e, para a adolescente do sexo feminino, a pílula do dia seguinte. Para situação em que a violência aconteceu há mais de 72 horas, não cabe a administração do protocolo medicamentoso proposto, pois a ação preventiva não tem mais eficácia, então a vítima é encaminhada ao Conselho Tutelar.¹²

Após a notificação, o primeiro atendimento de saúde é realizado e, a partir dele, define-se a conduta médica para o tratamento da situação de saúde. O Conselho Tutelar notificado aciona o conselheiro de plantão para realizar o acolhimento da vítima e de sua família, além de inserir as medidas protetivas e acionar direitos. Na sequência do atendimento, caso se evidencie a necessidade de internação, as meninas a partir de 13 anos são encaminhadas ao Hospital da Mulher Mãe Luzia para receber os medicamentos necessários e os meninos são encaminhados ao Hospital de Emergência do Estado do Amapá.

Para os menores de 13 anos, a solicitação de internação ocorre nas dependências do Hospital da Criança e do Adolescente. Esses atendimentos são realizados por equipe multidisciplinar, pois nenhuma área de conhecimento dá conta de todas as particularidades de uma situação de abuso sexual. Ademais, o Protocolo aplicado é o indicado pela Norma Técnica "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes" (2012)¹³, em que para a adolescente menina usa-se a anticoncepção de emergência onde o método de primeira escolha é o hormonal e consiste no uso exclusivo de um progestágeno, o levonorgestrel, na dose total de 1,5 mg. Nas apresentações comerciais contendo dois comprimidos, cada um com 0,75 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de dois comprimidos, via oral, em dose única. Nas apresentações com um comprimido de 1,5 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de um comprimido, via oral, em dose única.¹³

A anticoncepção de emergência deve ser realizada o quanto antes possível, dentro do limite de cinco dias da violência sexual. A eficácia da AE é elevada, com índice de efetividade médio de 75% a 80% e índice de Pearl (índice de falha) de cerca de 2%. Além da AE, que é administrada somente para as adolescentes, o protocolo indica tanto para crianças quanto para os adolescentes de ambos os sexos, realizar a profilaxia para hepatite B e para o Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) e administrar medicamentos para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis não virais, que são indicadas no Manual de Norma Técnica do Ministério da Saúde de 2012.¹³

O esquema recomendado para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é composto por Penicilina G Benzatina, Ceftriaxona e Azitromicina, nas doses indicadas na Norma Técnica. Tanto a profilaxia para hepatite B quanto para HIV, são administradas logo após o atendimento das vítimas, na mesma unidade de saúde que ocorreu o atendimento. Após a administração da profilaxia e esquema medicamentoso, são solicitados exames laboratoriais para serem realizados nos laboratórios públicos e apresentados aos serviços de referência no retorno desses pacientes ao ambulatório de referência.¹³

Nos casos de violência sexual com exposição crônica e repetida ao agressor, situação comum em violência sexual intra-familiar, ou quando ocorrer uso de preservativo (masculino ou feminino) durante todo o crime sexual, não se recomenda a profilaxia de IST não virais. Adicionalmente, após o atendimento de saúde, o Conselho Tutelar acompanha a vítima para a realização de exame por perito do Instituto Médico Legal (IML) da região.

A participação dos autores vivenciando atendimentos às vítimas de violência sexual no SAVVIS do Pronto Atendimento Infantil, junto às equipes de saúde, despertou interesse em conhecer mais detalhadamente sobre a problemática, pela complexidade que envolve os atendimentos. Buscou-se reconhecer as lacunas que inviabilizam o atendimento necessário, visando encontrar mecanismos ou estratégias que possam minimizar as possíveis sequelas oriundas dessa violência praticada a seres em desenvolvimento.

Importante ressaltar a necessidade de equipe multidisciplinar qualificada, conhecimento do fluxo de atendimento, especificidade no acolhimento e manejo na atenção às vítimas, sensibilidade para entender a família, certeza da complementaridade dos serviços que atuam na atenção à saúde, nas medidas protetivas e nas questões judiciais que se apresentam. Isso suscitou a preocupação em identificar as lacunas existentes nesses atendimentos. Adicionalmente, apesar da inexatidão dos dados, o problema tem se mostrado relevante pela frequência com que se apresenta e pelas consequências deletérias para o crescimento e desenvolvimento das crianças vitimizadas.

OBJETIVO

Este estudo objetivou descrever a epidemiologia da violência sexual infantojuvenil admitidas em um hospital de referência de Macapá (AP), Amazônia Brasileira.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, retrospectivo, com abordagem predominantemente quantitativa, realizado no Serviço de Pronto Atendimento Infantil anexo do Hospital da Criança e do Adolescente, instituição

de referência para atendimento secundário e terciário em pediatria, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amapá e sediada na capital do estado, na cidade de Macapá.

Conforme o protocolo do serviço SAVVIS, 100% das crianças e dos adolescentes admitidos tiveram as referidas fichas de notificação preenchidas e estas foram analisadas pelos pesquisadores, além das fichas de identificação individual que estavam registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e que não foram encontradas nos registros da SAVVIS, referentes ao ano de 2016.

A investigação ao Sinan é necessária, pois o sistema recebe as informações de notificação dos serviços que atendem as vítimas suspeitas ou confirmadas de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças e adolescentes, em conformidade com o instrutivo da ficha de notificação.

A ficha de Notificação/Investigação Individual – violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde é um documento que contém 55 itens a serem respondidos por ocasião do atendimento às vítimas de violência. Exclusivamente quanto à violência sexual, existem apenas dois itens; o item 43, que pergunta “se ocorreu violência sexual, qual o tipo?” e o item 44, que pergunta “se ocorreu penetração, qual o tipo?”

A falha no correto preenchimento de todos os itens questionados na ficha de notificação inviabilizou a análise de variáveis importantes na desejada caracterização do estudo. Não se pôde investigar, por exemplo, se foi a primeira vez que a criança foi vítima ou não; se o agressor usou álcool ou outra droga; se a vítima convivia com alguma deficiência; se havia presença de outro tipo de violência etc. Ademais, a falta dessas informações foi apontada como limitação do estudo.

O referido estudo foi realizado usando os dados do ano de 2016, em decorrência do fluxo de tramitação dos prontuários na Unidade Hospitalar. Os prontuários do ano de 2017 ainda não estavam concluídos e liberados para investigação, além de que, nos anos anteriores a 2016, as fragilidades no preenchimento das fichas de notificação eram mais relevantes.

O estudo atendeu às recomendações éticas dispostas na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá e aprovado em 17 de novembro de 2017, com parecer número 2.385.938.

A pesquisa mescla dados públicos do Sinan, com os dados de unidade hospitalar, no caso, os prontuários de crianças e adolescentes atendidos no SAVVIS com as fichas de notificação citadas acima, observando-se o compromisso dos pesquisadores em relação aos aspectos referentes ao rigor e à confidencialidade dos dados, bem como a não utilização destes em prejuízo das pessoas envolvidas. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas

e relativas, enquanto as variáveis quantitativas foram apresentadas por medidas de tendência central e de variação.

Foram aplicados os testes Qui-quadrado e Teste G de aderência¹⁴ para avaliar a distribuição das variáveis qualitativas. Para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas, foi aplicado o teste de D'Agostino-Pearson, adotando o critério de média ± 1 desvio-padrão para identificar os meses em que houve ocorrências acima ou abaixo do esperado. Foi previamente fixado o nível alfa = 0.5 (erro alfa 5%) para rejeitar a hipótese de nulidade. O projeto bioestatístico foi realizado no software Statistical Analysis Model versão 4.0 (SAM) desenvolvido pelo Departamento de Ecologia da Universidade de Goiás (Goiânia-GO, Brasil) e o programa BioEstat versão 5.3 Desenvolvido pelo Instituto MAMIRAUÁ (Belém-PA, Brasil) foi usado para aplicação dos testes de hipótese.

RESULTADOS

Perfil das vítimas

O presente estudo avaliou dados de abuso sexual infantil (n = 55). A idade da vítima apresentou média de 7 anos, com desvio-padrão de 3 anos. A **Tabela 1** mostra que a faixa etária mais frequente foi de 8 a 10 anos (29%), seguida da faixa etária de 5 a 7 anos (27,3%), totalizando as duas faixas etárias 31 casos (56,3%). O P-valor = 0,0791 indica que não existe tendência real para a vítima ter entre 8 e 10 anos, logo, o risco está igualmente distribuído em toda a faixa etária de 0 a 12 anos. Houve predomínio de vítimas do sexo feminino (76,4%), pois o P-valor = 0,0002* é altamente significativo.

Perfil do agressor

A **Tabela 2** mostra que o agressor tem tendência estatisticamente significativa (P-valor = 0,0070*) para ser do sexo masculino (69,1%). A idade do agressor muitas vezes não é informada, tendo sido essa variável ignorada na hora do preenchimento da ficha (50,9%) e, em 37,7% dos casos, o agressor é uma pessoa desconhecida ou não identificada.

Na **Tabela 3**, demonstra-se que, no ambiente intrafamiliar, os maiores agressores são pessoas conhecidas (20,7%), porém, ao somar a estes os primos (17,2%), padrastos (10,3%) e os tios (10,3%), a autoria de agressão no ambiente intrafamiliar totaliza o quantitativo de 17 casos (58,5%). Ainda no ambiente intrafamiliar, a identificação de autoria por conhecido, isoladamente, é de 6 casos (20,7%). No ambiente extrafamiliar, predominam como agressoras as pessoas desconhecidas (50%). Nota-se ainda que, em 14 casos (25,4% do total), o agressor não foi identificado ou não foi possível a sua identificação. O estudo revelou que, do total de 14 casos em que o ambiente onde aconteceu o abuso não foi informado,

10 (71,4%) correspondem a situações em que o vínculo do agressor não foi identificado.

Local da agressão

A **Tabela 4** mostra que houve tendência altamente significativa (P < 0,0001*) para a ocorrência ser na cidade de Macapá (81,8%) e dentro da casa da vítima (49,1%), sendo o mês de dezembro o mais predominante (27,3%). Na segunda posição em ocorrências, está o município de Afuá (5,5% dos casos), cidade ribeirinha pertencente ao Estado do Pará.

Tabela 1. Perfil da vítima de abuso sexual infantil atendida em um hospital de referência, no município de Macapá (AP), ano 2016

Perfil da vítima	(n)	(%)	P-valor
Faixa etária			0,0791
Até 1 ano	4	7,3	
2 a 4 anos	10	18,2	
5 a 7 anos	15	27,3	
8 a 10	16	29	
11 a 12	10	18,2	
Sexo da vítima			0,0002*
Feminino	42	76,4	
Masculino	13	23,6	

*Teste do Qui-quadrado para proporções esperadas iguais.

Tabela 2. Perfil do agressor em casos de abuso sexual infantil cuja vítima foi atendida em um hospital de referência, no município de Macapá (AP), ano 2016

Perfil agressor	(n)	(%)	P-valor
Sexo			0,0070*
Masculino	38	69,1	
Feminino	17	30,9	
Idade			0,5472
12 a 17 anos	8	14,5	
18 a 29 anos	5	9,1	
30 a 39 anos	4	7,3	
40 a 49 anos	4	7,3	
50 a 59 anos	4	7,3	
60 anos	2	3,6	
Ignorada	28	50,9	
Parentesco com a vítima			0,6977
Conhecido	8	15,1	
Primo	7	13,2	
Tio	5	9,4	
Padrasto	3	5,7	
Avô	2	3,8	
Cunhado	2	3,8	
Irmão	2	3,8	
Pai	2	3,8	
Cunhado e primo	1	1,9	
Vizinho	1	1,9	
Não informado	2	3,8	
Pessoa desconhecida	20	37,7	

*Teste do Qui-quadrado para proporções esperadas iguais.

Tabela 3. Crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, segundo vínculo com o agressor e ambiente em que ocorreu a violência. Macapá (AP), ano 2016

Agressor	Ambiente do abuso sexual					
	Intrafamiliar		Extrafamiliar		Não informado	
Vínculo agressor	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Avô	2	6,9	0	0,0	0	0,0
Conhecido	6	20,7	2	16,7	0	0,0
Cunhado	0	0,0	0	0,0	2	14,3
Cunhado e primo	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Pessoa desconhecida	2	6,9	6	50,0	1	7,1
Irmão	2	6,9	0	0,0	0	0,0
Padrasto	3	10,3	0	0,0	0	0,0
Pai	2	6,9	0	0,0	0	0,0
Primo	5	17,2	1	8,3	1	7,1
Tio	3	10,3	2	16,7	0	0,0
Vizinho	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Não informado	2	6,9	1	8,3	10	71,4
Total geral	29	100	12	100	14	100

Tabela 4. Local da agressão em casos de abuso sexual infantil cuja vítima foi atendida em um hospital de referência, no município de Macapá (AP), ano 2016

Local da agressão	(n)	(%)	P-valor
Cidade da ocorrência			< 0,0001*
Macapá	45	81,8	
Afuá	3	5,5	
Baillique	1	1,8	
Chaves/PA	1	1,8	
Mazagão	1	1,8	
Santana	1	1,8	
Porto Grande	1	1,8	
Serra do Navio	1	1,8	
Cutias do Araguay	1	1,8	
Local da ocorrência			< 0,0001*
Casa de vizinho	1	1,8	
Casa da tia	1	1,8	
Motel	1	1,8	
Casa da vítima	27	49,1	
Casa do agressor	3	5,5	
Via pública	3	5,5	
Informação não informada	19	34,5	
Mês da ocorrência (2016)			< 0,0001*
Janeiro	1	1,9	
Fevereiro	7	12,7	
Março	0	0,0	
Abril	4	7,3	
Maio	6	10,9	
Junho	2	3,6	
Julho	5	9,1	
Agosto	6	10,9	
Setembro	2	3,6	
Outubro	7	12,7	
Novembro	0	0,0	
Dezembro	15	27,3	

*Teste G de aderência.

DISCUSSÃO

A detecção do abuso sexual infantil requer muita experiência e sensibilidade e se torna importante por caracterizar o perfil das vítimas de abuso sexual infantil, do agressor e dos fatores associados. O desafio da pesquisa é identificar variáveis da violência e o desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção do abuso sexual infantil.

De acordo com Platt,¹⁵ a idade mais jovem da vítima favorece o uso da sexualidade da criança ou do adolescente para qualquer ato de natureza sexual, a impunidade propicia um abuso mais invasivo e a manutenção do segredo por mais tempo. Outro estudo demonstra que, em meados do século XVII, a infância era reconhecida, porém essa faixa etária ainda vive em patamar de inferioridade em relação aos adultos,¹⁶ o que poderia justificar o maior índice de abusos sexuais contra as pessoas que se encontram nessa etapa da vida, que demonstram submissão ao poder e à força.

Esta pesquisa evidencia que o risco de abuso sexual infantil é três vezes maior para meninas do que para meninos, o que vai ao encontro do estudo de Oliveira e cols.,¹⁷ cujos resultados demonstram que a maioria das vítimas era do sexo feminino, com maior número de casos na adolescência, entretanto com alta proporção de vitimização nas faixas da infância. Esse achado corrobora a importância na identificação de crianças e adolescentes expostos aos diversos tipos de vitimização concomitantes, possibilitando conclusões mais precisas sobre o problema, o conhecimento da real magnitude do fenômeno, bem como o efeito cumulativo das adversidades.

Os resultados são conclusivos, a experiência em abuso sexual infantil é altamente prevalente. Oliveira e cols.¹⁷ estimam que, em estudos internacionais, há uma prevalência média de abuso sexual infantil de 20,0% para mulheres e 8,0% para homens. De um total de 39.281 atendimentos de crianças e adolescentes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 20% foram vítimas de violência sexual, ou seja, 10.325 crianças e adolescentes, sendo 83,2% do sexo feminino.¹⁸

No estudo de Assis e cols.,¹⁹ é ressaltado que o tipo de violência mais comum entre crianças mais velhas difere daquele mais constatado entre os menores de um ano. A violência sexual é relatada em 41,7% das notificações, mais entre meninas do que meninos, divergindo do ponto levantado de que qualquer faixa etária estaria exposta e poderia estar à margem do mesmo risco para a violência sexual.

O fato de a maioria das notificações corresponder a vítimas do sexo feminino pode ser, em parte, justificado por subnotificações de abuso sexual infantil no sexo masculino, decorrentes do preconceito que surge quanto à identidade sexual após o menino ser abusado, relutando em denunciar e, devido à condição de

subordinação da mulher na sociedade desde a infância, deixando-a mais vulnerável a todos os tipos de violência.^{20,21}

Neste estudo, na estratificação do agressor, o maior número de casos de abuso sexual se deu por autor “conhecido” da vítima, seguido de “primo” e depois por “padrasto” e “Tio”; demonstrando que os casos intrafamiliares sobressaíram aos extrafamiliares. Esse resultado corrobora os achados de Oliveira e cols.,¹⁷ que mostram que a maioria dos agressores é de pessoa conhecida da vítima ou membro da família, incluindo pai e mãe, e a maior parte do sexo masculino. Aliás, o resultado deste estudo em relação ao item parentesco com a vítima contribui aos dados levantados na maioria dos outros estudos analisados, que apontam que a maior incidência é de violência intrafamiliar, sendo que pais e padrastos representam os índices mais elevados.^{22,23}

O resultado desta investigação neste cenário merece importantes reflexões, haja vista que o ambiente intrafamiliar é favorável para a prática do abuso, pois a fé que a vítima tem para com o abusador favorece que este se aproveite da ingenuidade da criança e cometa a violência.²² O silêncio sobre o abuso, que predomina em grande parte das famílias que se veem envolvidas nesse problema, de regra, é a justificativa para não se revelar a real identificação do autor do abuso.¹⁷

Os dados analisados mostram que predominam na violência sexual infantil agressores do sexo masculino. Neste estudo, no que tange ao abuso sexual, também há uma maior predominância de homens como agressores e de mulheres como vítimas, o que corrobora os dados analisados nesta investigação, assim como resultados de outras pesquisas, principalmente em situações de abuso sexual.²³ Destaca-se, portanto, que a violência doméstica contra crianças e adolescentes é determinada por relações desiguais de gênero e de geração.²⁴ Em estudos realizados por Oliveira e cols.,¹⁷ embora tenha sido observado que os dados acerca dos perpetradores tenham apresentado baixa captação (ausência de registro de algumas variáveis), verifica-se alta frequência de agressores adolescentes e/ou adultos jovens, de 17 a 39 anos.

Outro estudo aponta que a maioria dos autores da vitimização infantil se concentra na faixa etária de 20 a 40 anos, ou seja, os responsáveis são jovens e economicamente ativos e há predisposição para a vitimização.²⁵ Em um estudo realizado na região Norte, demonstrou-se que, em relação à idade do agressor, dos 216 registros encontrados, em 77% (n = 166) deles não foi informada a idade do agressor; 6% (n = 13) tinham entre 15 a 20 anos; 4% (n = 9), entre 31-35 anos; 1% (n = 2), menos de 15 anos; 1% (n = 2), entre 21 e 25 anos; 2% (n = 5) tinham entre 26 e 30 anos; 3% (n = 7), entre 36 e 40 anos e 6% (n = 12), mais de 40 anos.²⁶

Infer-se, então, que a faixa etária dominante para os casos está albergada na adolescência e na fase adulta jovem, convergindo com os demais estudos sobre violência sexual contra criança e adolescente. Outro ponto verificado é a falta de preenchimento desse quesito na ficha de notificação, o que

dificulta a noção da real situação desse problema de saúde pública e a prática de políticas que abordam o assunto.²⁷

Importante destacar a inter-relação entre vítima e agressor, definindo-se o grau de parentesco mais prevalente do agressor conforme a idade da criança ou do adolescente. Essa definição permite encontrar médias ou estratégias as mais adequadas e corretas a serem executadas, vislumbrando ações eficazes no sentido de prevenir novos possíveis casos.²⁸

Nota-se que, com o aumento da faixa etária da vítima, o parentesco do agressor tende a se tornar mais próximo, um conhecido ou um familiar, o que corrobora os achados dos estudos que apontam que a existência de relação de confiança da criança com o agressor no início da ocorrência da violência, o que justifica um maior parentesco com o aumento da idade da vítima.^{28,29} Este estudo remete à necessidade de se refletir sobre a alta incidência de casos na área urbana, na capital, cidade de Macapá.

Uma justificativa para o grande número de notificações em Macapá deve-se ao fato de que esse município conta com uma rede de atenção à saúde mais organizada e com protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência sexual implantado no hospital de referência, o serviço de Pronto Atendimento Infantil no estado, assim como por ser a capital e o município mais populoso. Outra razão para busca de atendimento na capital, ou cidade de referência mais próxima, pode ser o receio por parte da família em procurar ajuda em serviços de saúde em seu local de moradia, por se tratar de agravo que gera preconceito e estigmatização.¹⁰

No estudo de Platt,¹⁵ relata-se que a residência foi o local mais frequente de ocorrência da violência e os perpetradores eram na maioria homens; em 66,5% dos casos, eles eram conhecidos das vítimas. A recorrência do abuso foi mais frequente nas vítimas do sexo masculino. Já Oliveira e cols.¹⁷ afirmam que a maioria dos casos registrados ocorreu no domicílio da vítima e em outros espaços da comunidade. Outros estudos destacam o domicílio da vítima ou do agressor, assim como algum local da comunidade, como local utilizado para a prática da violação sexual perpetrada contra crianças e adolescentes, trazendo a reflexão de que, em algumas situações, o ambiente familiar e social pode não constituir segurança e proteção.³⁰

Assim sendo, constatam que os crimes de natureza sexual são praticados, em grande parte, no espaço de convivência da criança e do adolescente.³¹ Além da alta incidência do ambiente familiar levantada, a análise dos dados em questão identificou que o mês de dezembro (27,3%) apresenta ocorrência significativamente maior e os meses de março e novembro não apresentaram registro de casos. Pode-se inferir que o período de dezembro, por ser mês de férias escolares e de festas de fim de ano, que aumenta o tempo de estadia das crianças em suas residências, ficando expostas à violência tanto no contexto

intrafamiliar como extrafamiliar, assim como as festas proporcionam o contato do agressor com bebidas alcoólicas.

Na literatura, não foram encontrados registros quanto à sazonalidade dos atendimentos de abuso sexual infantil; no entanto, alguns estudos demonstram a forte correlação entre uso de drogas e ingestão de álcool com a violência de cunho sexual contra crianças e adolescentes. No estudo de Júnior e cols.,²⁴ observou-se que os agressores faziam uso de álcool ou de outras drogas (40,0%), sendo que 76% destes haviam consumido álcool durante o ato de violência. No estudo de Assis e cols.,¹⁹ tem-se que 10,4% dos agressores se reconheceram como usuários dessa substância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos dados permitiu a conclusão de que a violência sexual requer vigilância pela gravidade que a cerca e pelo comprometimento à saúde física e psicossocial das vítimas. Ao analisar o resultado da pesquisa, nota-se que muitos dados não são preenchidos na ficha de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, o que sugere des-caso com a real seriedade do agravo. Demonstra-se necessidade de qualificar o preenchimento dos dados, sendo essencial a capacitação dos profissionais que ficam encarregados de tal ato, uma vez que a caracterização efetiva dos envolvidos - agredido e agressor - pode dar base para o aperfeiçoamento dos serviços e a elaboração de políticas para o enfrentamento desse agravo.

Ademais, o abuso sexual consiste em um problema de cunho político, social e familiar; logo, os resultados deste estudo chamam a atenção para a necessidade de novas pesquisas envolvendo maior número de crianças e adolescentes e maior área espacial, assim como o empenho no preenchimento dos dados. De tal forma, espera-se que os resultados possam contribuir para que ações e estratégias, que venham minimizar a ocorrência de violência intra e extrafamiliar, sejam incorporadas nos

planos da saúde pública, visto as grandes consequências para crianças e adolescentes que sofrem o agravo.

Mesmo que se administre um tratamento após a violência sexual infantil, a criança carregará os traumas para o resto de sua vida. Entre as consequências imediatas, destaca-se o impacto sobre a saúde mental das vítimas, como tentativa de suicídio, desenvolvimento de transtorno mental, transtorno de comportamento e transtorno de estresse pós-traumático, o que dificultará a relação social futura para esses indivíduos.

Outro fato importante é a continuidade do acompanhamento dessas crianças e desses adolescentes, já que, além do abalo psicológico, pode haver contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), que requerem tratamento imediato, e, em outros casos, a interrupção de gravidez. O perfil e o desenvolvimento sexual do abusado também merecem grande importância, visto que os estudos que foram base desta discussão demonstram que crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual infantil podem também cometer o mesmo crime no futuro, ou mesmo se tornarem indivíduos com embotamento sexual.

Nesse sentido, é necessário que o tabu da sexualidade infantil seja quebrado por pais e educadores para que as crianças, desde pequenas, recebam orientação sexual, de forma que possibilite a elas ter noções dos limites que devem ser colocados com relação a ter seu corpo tocado por outras pessoas. Por isso, para que esses traumas e abusos não existam, a melhor forma é prevenir crianças e adolescentes de tê-los, por meio do estímulo às políticas públicas voltadas ao ambiente educacional e de saúde, facilitando a abordagem, o acompanhamento e o tratamento para esses abusos.

O desafio atual é a articulação efetiva da rede de atenção e proteção com intercomunicação dinâmica e efetiva na identificação de variáveis que influenciam o desenvolvimento e a consolidação da rede, ou, ainda, a cooperação na investigação de outros elementos sociais e culturais inerentes ao tema.

REFERÊNCIAS

1. Paixão ES, Neto JCS. O abuso sexual de crianças e adolescentes: considerações sobre o fenômeno. *Territorium*. 2020;27(1):97-111.
2. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf. Acessado em 2020 (12 jun).
3. Souza NJC. A trajetória do menor a cidadão: filantropia, genocídio, políticas assistenciais. São Paulo: Expressão & Arte; 2011.
4. Datria Schulze M, de Moura Alves AC. No limite do psíquico e do legal: a transgeracionalidade em processos de destituição do poder familiar. *Opin Jurid*. 2019;18(36):209-31. <https://doi.org/10.22395/ojum.v18n36a9>.
5. Campos Júnior D. The formation of citizens: the pediatrician's role. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(3 Suppl 1):S23-S29. PMID: 26994451.
6. Garbin CAS, Lima TJV, Garbin AJI, Rovida TAS, Saliba O. Conhecimento e percepção dos educadores do ensino infantil sobre violência. *Revista Ciência Plural*. 2015;1(2):37-47. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7614>. Acessado em 2020 (12 jun).
7. Gava LL, Silva DG, Dell'aglio DD. Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. *Psico*. 2013;44(2):235-44. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11467>. Acessado em 2020 (12 jun).

Pneumotórax secundário por lesão cística formada na síndrome respiratória aguda pela COVID-19 – um relato de caso

Ciro Kirchenchtejn^I, Serli Kiyomi Nakao Ueda^{II}, Sandra Mara Lima Guimaraes^{III}, Flávio Pola dos Reis^{IV},
Andrea Vinche Badra Pavani^V

Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo (SP), Brasil

RESUMO

Contexto: Revisões de exames de imagem de tórax durante a pandemia pela COVID-19 relatam que pneumotórax é evento raro, quando não associado à ventilação mecânica. Relatamos um caso de paciente com COVID-19 que apresentou pneumotórax e discutimos sua fisiopatologia, com descrição inédita de alteração anatômica promovida pela COVID-19. **Descrição do caso:** Paciente de 46 anos, em fase de recuperação de síndrome respiratória aguda pela COVID-19, com exame RT-PCR (transcrição reversa - reação em cadeia da polimerase) para COVID-19 positivo que desenvolveu quadro agudo de dor, falta de ar, hemoptoico e dispneia de início abrupto devido a hidropneumotórax moderado, sem ter sido submetido a ventilação com pressão positiva. O pneumotórax foi prontamente drenado, evoluindo com alta hospitalar após seis dias, com reexpansão pulmonar, mas ainda apresentando lesões em vidro fosco pulmonares típicas da COVID-19 e pequena lesão cística, visível desde a primeira tomografia, feita na fase aguda e com remissão completa na fase de convalescência. **Discussão:** Apresentamos uma manifestação rara da síndrome respiratória aguda pela COVID-19, ainda não relatada no Brasil, e que associamos com a formação de cistos pulmonares e piora da complacência pulmonar. **Conclusão:** Pneumotórax deve ser lembrado como hipótese diagnóstica em pacientes que apresentam quadro súbito de dor torácica, dispneia e hipoxemia e sugerimos rever seus exames de imagens em busca de lesões que justifiquem a ruptura pleural.

PALAVRAS-CHAVE: Relato de caso, pneumotórax, infecções por coronavírus, betacoronavírus, tomografia computadorizada por raios X

INTRODUÇÃO

Pneumotórax é um evento raro entre as complicações de infecções pelo coronavírus (COVID-19) em pacientes que não se encontram em ventilação mecânica.¹ Os raros casos

descritos apresentavam lesão pulmonar prévia, como bolhas e *blebs* (vesícula enfisematosa subpleural), que são fatores de risco conhecidos de pneumotórax espontâneo.

Apresentamos um caso de pneumotórax associado a lesão cística e intenso processo inflamatório e espessamento de

^IMestre em Pneumologia e doutorando da Disciplina de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil. Pneumologista do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, Brasil.

^{II}Radiologista do Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), do Grupo Fleury e do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Pneumologista do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo (SP), Brasil.

^{IV}Cirurgião torácico do Instituto do Coração InCor, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo e Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo (SP), Brasil.

^VRadiologista torácica do Grupo Fleury e Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Ciro Kirchenchtejn
Praça Amadeu Amaral, 47 — conjunto 132B — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01327-904
Tel. (11) 32881255 — E-mail: cirokirch@gmail.com e ciro.kirchenchtejn@unifesp.br

Fonte de fomento: o presente estudo não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa auxílio. Conflito de interesse: os autores declaram inexistência de conflito de interesses na realização desta pesquisa.

Entrada: 31 de julho de 2020. Última modificação: 29 de setembro de 2020. Aceite: 28 de outubro de 2020.

septos como complicação rara pela COVID-19, em paciente sem fatores de risco clássicos de pneumotórax espontâneo: presença de *blebs*, tabagismo ativo e ser do biotipo longilíneo.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 46 anos, do sexo masculino, etnia asiática, sem fumar desde os 36 anos, com consumo prévio de 10 anos/maço, sem outros antecedentes mórbidos e que no dia 21 de abril de 2020 compareceu ao serviço de urgência apresentando febre, tosse seca, anosmia, ageusia, com saturação de oxigênio em 96%, e tomografia mostrando pneumonia em vidro fosco com presença de pequena lesão cística (**Figura 1**).

Foi submetido ao exame de RT-PCR (transcrição reversa - reação em cadeia da polimerase) para COVID-19 de fossas nasais e faringe, que resultou positivo. Foi então liberado para tratamento domiciliar e orientado a manter isolamento social e uso de analgésicos.

Já se sentia recuperado quando, após 21 dias do início do quadro gripal, apresentou pneumotórax. Foi internado no dia 8 de maio de 2020 com forte dor pleural à direita, associada a expectoração com sangue e dispneia. Tomografia revelava hidropneumotórax moderado à direita, ainda com lesões em vidro fosco e discutível presença de fístula da lesão cística com a pleura e formação de novas lesões císticas de paredes espessas (**Figura 2**).

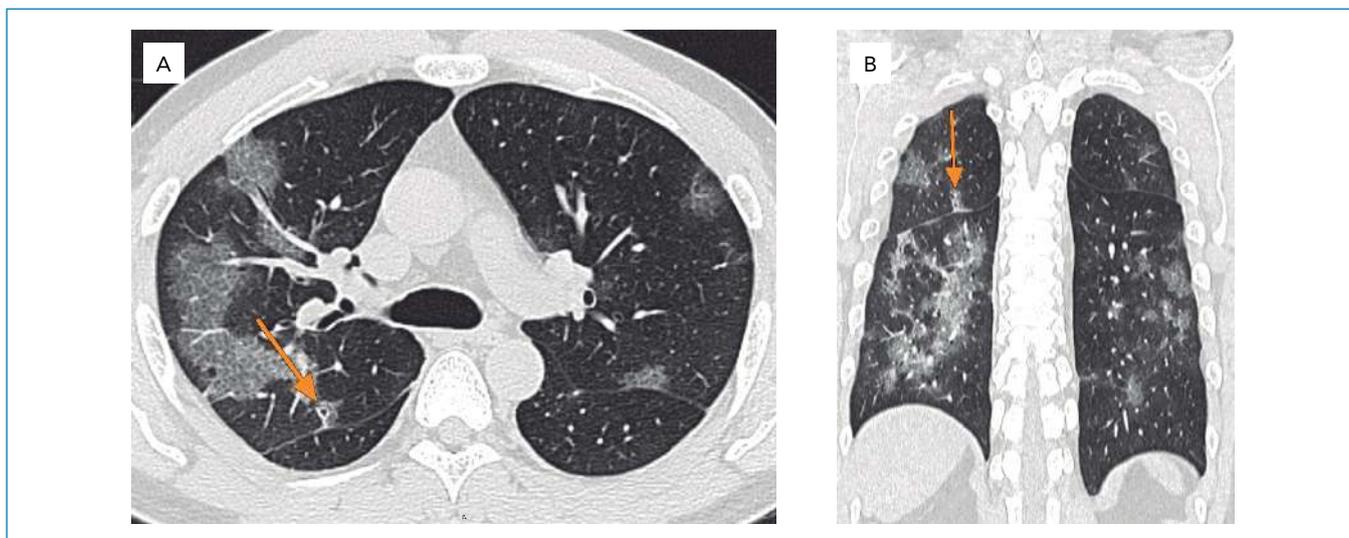


Figura 1. Tomografia de tórax de 28/04/2020. A) imagem axial e B) reformatação coronal. Setas mostrando pequeno cisto perifissural e focos de opacidades em vidro fosco esparsos.

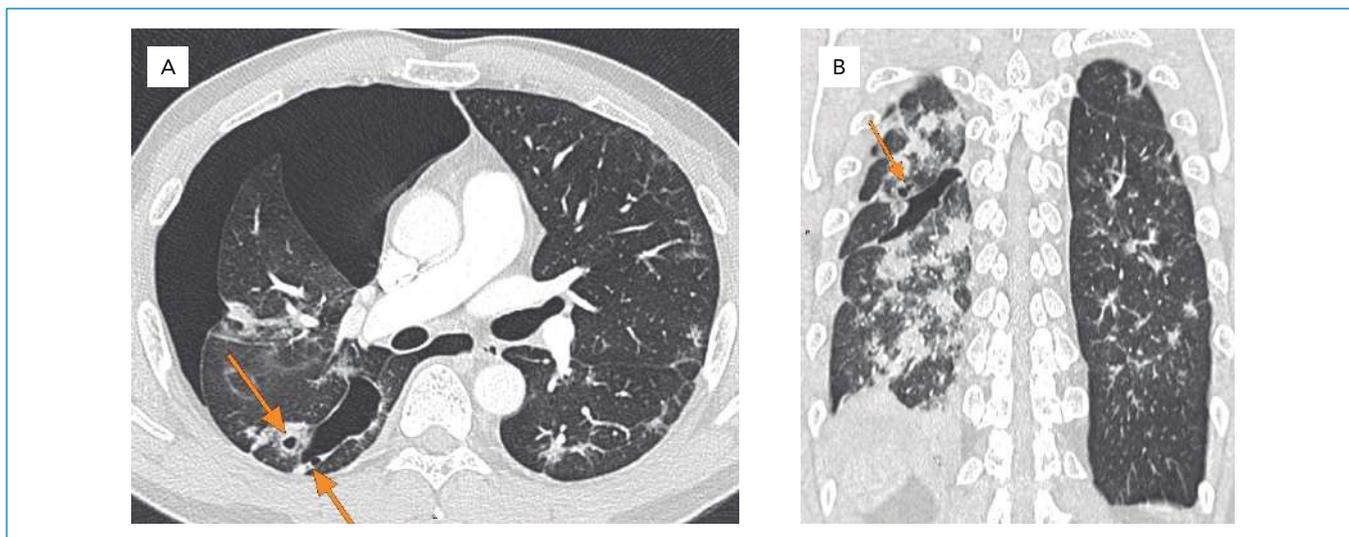


Figura 2. Tomografia de tórax de 08/05/2020. A) imagem axial e B) reformatação coronal. Setas mostrando aumento do cisto e aparecimento de outros cistos perifissurais causando pneumotórax, inclusive fissural. Focos de opacidades em vidro fosco esparsos.

Ao exame físico de entrada apresentava-se com frequência cardíaca (FC) = 104, murmúrio vesicular (MV) reduzido à direita e saturação de oxigênio (SatO_2) = 92%.

Na tomografia computadorizada realizada no dia 8 de maio de 2020 foi constatado moderado hidropneumotórax direito, com várias áreas de consolidação, predominando no pulmão direito, com lesões cavitárias que só foram relatadas após revisão do caso por duas médicas radiologistas (**Figura 2**).

Foi solicitada angiotomografia computadorizada de tórax, pois, devido à presença de dispneia de início abrupto associada a escarro hemoptoico, a embolia pulmonar deve ser considerada como diagnóstico diferencial, uma vez que pacientes com a COVID-19 costumam apresentar estado de hipercoagulabilidade.²

Tendo em vista que os pacientes com a COVID-19 podem aerolizar o vírus pelo dreno torácico, os procedimentos pulmão/pleura relacionados nesses pacientes devem seguir as regras de segurança para proteção da equipe: realizar procedimento em sala cirúrgica com pressão negativa, óculos de proteção, máscara N95, máscara face shield, dupla luva, duplo avental, além de equipe experiente. Para evitar sangramento, a incisão deve ser a menor possível, além de utilização de anestésico local com vasoconstritor, que no caso foi lidocaína a 2% com adrenalina. van Doremalen e cols. discutem em revisão sobre opções de instalar o dreno em aspiração, filtro de ar particulado de alta eficiência (high efficiency particulate air, HEPA) ou ambos.³

Exames laboratoriais mostravam leucocitose 16404/mm³, linfócitos normais em 1480/mm³, plaquetose 622.000/mm³, PCR 0,43.

Foi submetido a drenagem de tórax fechada,⁴ utilizando sistema de drenagem torácica Oasistm (Biomedical, Brasil) e colocado em aspiração de -20 cmH₂O no centro cirúrgico preparado para paciente com a COVID-19. Foi introduzida antibioticoterapia com ceftriaxone (2g/dia) e azitromicina (0,5g/dia). Exames laboratoriais mostravam leucocitose 16.404/mm³, linfócitos normais em 1480/mm³, plaquetose 622.000/mm³, proteína C-reativa = 0,43. Dessa vez, o exame de RT-PCR para a COVID-19 foi negativo.

Com a expansão pulmonar recuperada, o dreno foi retirado no quarto dia.

O paciente teve alta hospitalar sem dispneia, com saturação em ar ambiente em 98%.

Nas tomografias de controle, após um mês da alta, observou-se resolução das lesões císticas menores, formação de fibroatelectasia residual na área onde havia a maior lesão cística (**Figuras 3 e 4**).

O paciente forneceu consentimento informado para a publicação e foi submetido e aprovado em 14 de setembro de 2020 pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (CAAE: 37564220.0.0000.0070, parecer número 4.275.729).

DISCUSSÃO

As características típicas observadas por tomografia computadorizada de tórax em pacientes infectados pela COVID-19 foram descritas por Hosseiny e cols.¹ Exame normal foi descrito em até 20% dos casos e as alterações mais típicas encontradas foram opacidades bilaterais em vidro fosco ou consolidação. Pneumotórax foi descrito como evento raro nessa revisão.

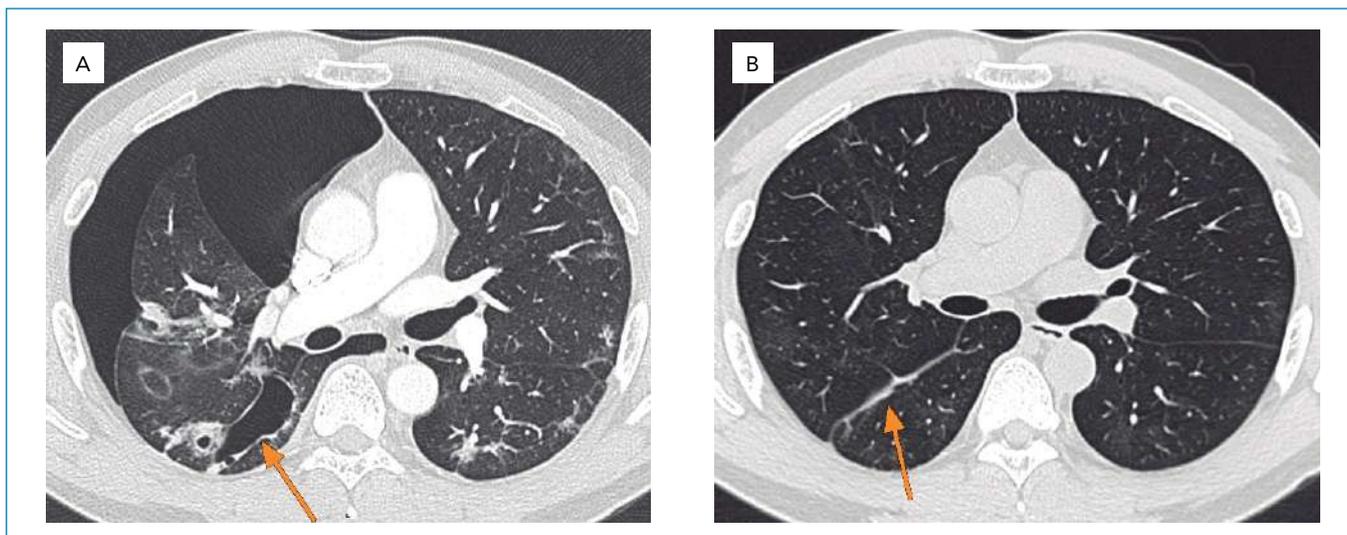


Figura 3. Imagem axial de tomografia de tórax de A) 08/05/2020 e de B) 21/07/2020. Setas mostrando pneumotórax e resolução do pneumotórax pós drenagem tardia.

Em pesquisa realizada nas principais bases de dados, em abril de 2020, observamos a raridade da relação entre infecções pela COVID-19 e pneumotórax (**Tabela 1**).

Numa revisão sistemática de alterações tomográficas de síndrome respiratória aguda grave (SARS) pela COVID-19, Salehi e cols.⁵ observaram que as principais características agudas eram opacificações em vidro fosco em lobos inferiores, com distribuição periférica e posterior. Em fases mais adiantadas da doença, septos espessados e fibrose poderiam ser observados. Contudo, cavitações e pneumotórax seriam achados excepcionais.

Foram descritas quatro fases de alterações tomográficas da SARS por Li e cols.:⁶ fase inicial, progressiva, severa e, finalmente, a fase de dissipação ou convalescência. É nessa derradeira fase que o paciente que relatamos se encontrava quando apresentou o pneumotórax. Doença pleural, seja derrame ou pneumotórax, foi considerada evento raro em qualquer dessas fases, nessa revisão.

O Colégio Americano de Radiologia, em sua revisão de achados tomográficos de tórax, relatado por Kooraki e cols.⁷ descreve as lesões típicas das alterações pulmonares pela COVID-19. Mais uma vez, pneumotórax e pneumomediastino não são relatados como complicações da COVID-19, nessa revisão.

De forma congruente, Yang e cols., revendo 92 pacientes que morreram pela COVID-19, só encontraram um caso de pneumotórax.⁸

Aiolfi e cols.⁹ relataram dois casos de pneumotórax em pacientes com complicações de insuficiência respiratória pela COVID, mas em ventilação mecânica e com *blebs* que

exigiram intervenção cirúrgica. Especulou-se a presença de fibrose pulmonar como fator de favorecimento do desenvolvimento de fístula broncopleural nesses pacientes.

Alguns casos de pneumotórax relacionado a infecção pela COVID-19 foram descritos na literatura, como, por exemplo, Wang e cols.,¹⁰ na Coreia. Tratou-se de paciente com pneumomediastino, sem descrição de lesões cavitárias ou *blebs*, mas com fibrose pleural e espessamento de septos.

Chama a atenção que mais recentemente três relatos de casos observaram que a infecção pulmonar pela COVID-19 poderia levar à formação de lesões císticas que poderiam estar relacionadas a complicações como pneumotórax e pneumomediastino.

Bloemen e cols.¹¹ relataram um caso de pneumotórax em fase de recuperação de insuficiência severa, após ter formado bolha durante a fase aguda.

Tabela 1. Resultados da busca nas bases de dados realizada no dia 6 de abril de 2020, mostrando raridade de casos de pneumotórax em infecções pela COVID-19

Banco de dados	Estratégia de busca	Total de referências	Relatos de casos semelhantes
LILACS (via BVS)	COVID-19 AND pneumothorax	0	0
PUBMED	COVID-19 AND pneumothorax	41	18
EMBASE	COVID-19 AND pneumothorax	7	6

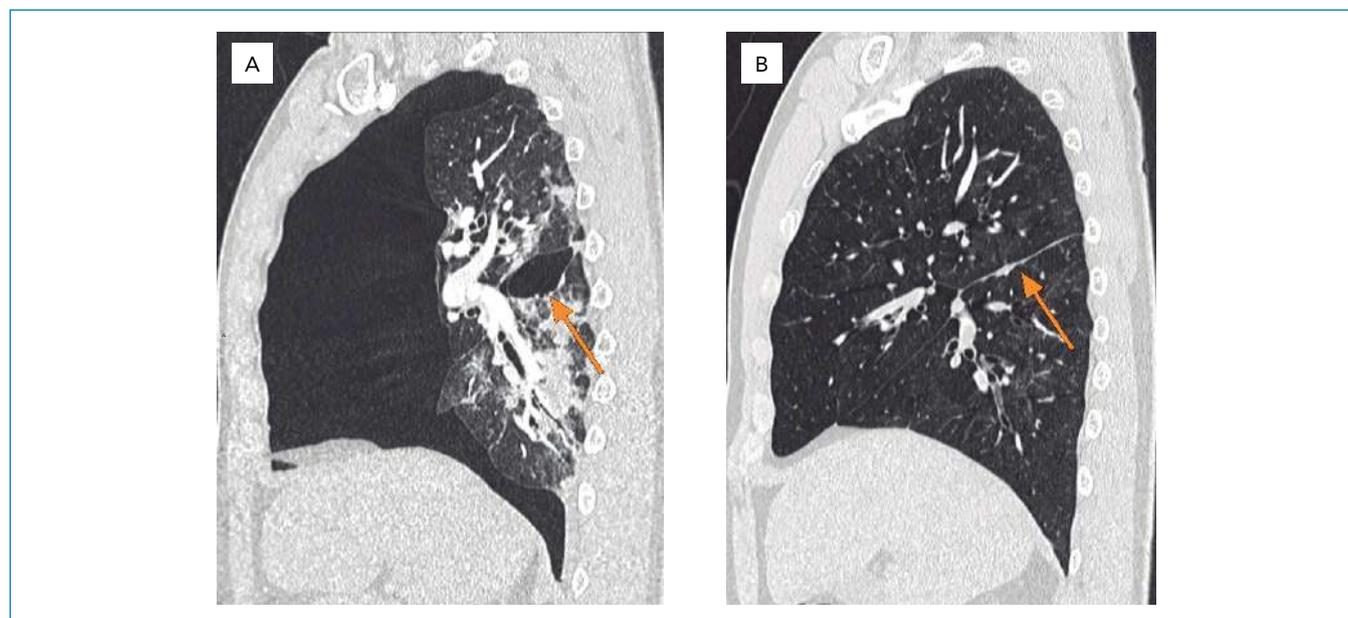


Figura 4. Reformação sagital de tomografia de tórax de A) 08/05/2020 e de B) 21/07/2020. Setas mostrando pneumotórax fissural e resolução do pneumotórax pós drenagem tardia.

Liu e cols.¹² em 2020, relataram dois casos de pacientes sem antecedentes pulmonares e de tabagismo, que no desenvolvimento das lesões pulmonares pela COVID-19 passaram a apresentar, na fase de fibrose, inúmeras lesões císticas bilaterais e apresentação de pneumotórax em um dos casos.

Sun e cols.¹³ relataram um caso de pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo de aparecimento após 20 dias dos primeiros sintomas, relacionado à presença de *blebs* e intenso processo inflamatório pulmonar.

Muniz e cols.¹⁴ recentemente relataram o primeiro caso no Brasil de pneumomediastino relacionado à infecção pela COVID-19, sem haver descrição de lesões pulmonares que justificassem o evento.

CONCLUSÃO

Apresentamos um caso raro de complicação pela SARS-Cov-2 com pneumotórax em paciente sem fatores de risco como tabagismo atual, ser longilíneo, apresentar tosse intensa ou doença de vias aéreas e antecedente de *blebs* pulmonares. Especulamos que o desenvolvimento de lesões císticas pulmonares, associada

à perda de complacência pulmonar relacionadas a áreas de fibrose, como complicação da síndrome respiratória aguda pela COVID-19, oferece base para entendimento da fisiopatologia do pneumotórax na fase tardia da doença. Possivelmente, os cistos ou abscessos pulmonares formados também justificam a presença de hemoptise na apresentação do quadro desse paciente.

Pneumotórax deve ser lembrado como possibilidade diagnóstica em pacientes que, em fase de recuperação, apresentam dor torácica súbita e dispneia e que tenham desenvolvido lesões císticas durante a síndrome respiratória aguda pela COVID-19.

A limitação deste relato de caso é não termos exame de tomografia anterior ao quadro agudo do paciente para descartarmos com certeza a presença de lesões preexistentes. Contudo, pelo fato de não encontrarmos mais *blebs* na tomografia de resolução, podemos hipotetizar que as lesões não eram preexistentes e que remiram com a resolução da inflamação causada pela COVID-19.

Perspectiva do paciente: paciente referiu preocupação em ficar com sequelas respiratórias e deverá submeter-se a reavaliação clínica, com realização de nova tomografia de tórax e espirometria oportunamente.

REFERÊNCIAS

- Hosseiny M, Kooraki S, Gholamrezanezhad A, Reddy S, Myers L. Radiology perspective of coronavirus disease 2019 (COVID-19): Lessons from severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome. *AJR Am J Roentgenol.* 2020;214(5):1078-82. PMID: 32108495; <https://doi.org/10.2214/AJR.20.22969>.
- Iba T, Levy JH, Levi M, Connors JM, Thachil J. Coagulopathy of Coronavirus Disease 2019. *Crit Care Med.* 2020. Published online ahead of print. PMID: 32467443; <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004458>.
- van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med.* 2020;382(16):1564-7. PMID: 32182409; <https://doi.org/10.1056/NEJMc2004973>.
- Pieracci FM, Burlew CC, Spain D, et al. Tube thoracostomy during the COVID-19 pandemic: Guidance and recommendations from the AAST Acute Care Surgery and Critical Care Committees. *Trauma Surg Acute Care Open.* 2020;5(1):e000498. PMID: 32411822; <https://doi.org/10.1136/tsaco-2020-000498>.
- Salehi S, Abedi A, Balakrishnan S, Gholamrezanezhad A. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review of Imaging Findings in 919 Patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2020;215:87-93. PMID: 32174129; <https://doi.org/10.2214/AJR.20.23034>.
- Li M, Lei P, Zeng B, et al. Coronavirus Disease (COVID-19): Spectrum of CT Findings and Temporal Progression of the Disease. *Acad Radiol.* 2020;27(5):603-8.
- Kooraki S, Hosseiny M, Myers L, Gholamrezanezhad A. Coronavirus (COVID-19) Outbreak: What the Department of Radiology Should Know. *J Am Coll Radiol.* 2020;17(4):447-51. PMID: 32092296; <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.02.008>.
- Yang F, Shi S, Zhu J, et al. Analysis of 92 deceased patients with COVID-19. *J Med Virol.* 2020. Published online ahead of print. PMID: 32293741; <https://doi.org/10.1002/jmv.25891>.
- Aiolfi A, Biraghi T, Montisci A, et al. Management of persistent pneumothorax with thoracoscopy and blebs resection in COVID-19 patients. *Ann Thorac Surg.* 2020. Published online ahead of print. PMID: 32353441; <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.04.011>.
- Wang J, Su X, Zhang T, Zheng C. Spontaneous Pneumomediastinum: A Probable Unusual Complication of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pneumonia. *Korean J Radiol.* 2020;21(5):627-8. PMID: 32323507; <https://doi.org/10.3348/kjr.2020.0281>.
- Bloemen H, Hagemolten Of Ten Have W, Clappers-Gielen GAL. Een man met dyspneu na een COVID-19-pneumonie [Chest Pain and Dyspnea During the Recovery Period of COVID-19 Pneumonia]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2020;164:D5095. PMID: 32395965.
- Liu K, Zeng Y, Xie P, et al. COVID-19 with cystic features on computed tomography: a case report. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(18):e20175. PMID: 32358406; <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020175>.
- Sun R, Liu H, Wang X. Mediastinal emphysema, giant bulla, and pneumothorax developed during the course of COVID-19 Pneumonia. *Korean J Radiol.* 2020;21(5):541-4. PMID: 32207255; <https://doi.org/10.3348/kjr.2020.0180>.
- Muniz BC, Zanetti G, Marchiori E. Pneumomediastino em um paciente com COVID-19. *J Bras Pneumol.* 2020;46(3):e20200190. PMID: 32556025; <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200190>.

Escorbuto em paciente bariátrica com cardiopatia grave. Relato de caso

Mariana Righetto de Ré^I, Luana Moraes Campos^I, Paulo Müller Ramos^{II}, Hélio Amante Miot^{III}

Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu (SP), Brasil

RESUMO

Contexto: Escorbuto tem sido identificado, modernamente, com certa frequência devido ao aumento de fatores de riscos como neoplasias, *bypass* gástrico, quadros infecciosos, uso crônico de diuréticos, doenças neuropsiquiátricas, alcoolismo, dieta inadequada e progressivo envelhecimento populacional, com mais idosos morando sozinhos. **Relato de caso:** Apresentamos o caso de paciente pós-bariátrica, sexo feminino, 43 anos, cardiopata grave sob longa internação em uso de altas doses de diuréticos e drogas vasoativas, que desenvolveu púrpuras e equimoses espontâneas nos membros inferiores e no abdome. O tratamento com vitamina C endovenosa levou à melhora clínica das lesões e da condição hemodinâmica em três semanas. **Discussão:** O escorbuto se manifesta de forma insidiosa e pouco específica em pacientes com comorbidades crônicas. Alterações hemorrágicas (petéquias, equimoses, sangramento gengival), edema articular, fadiga, anorexia, anemia, xerose, e susceptibilidade a infecções, devem levar à suspeita clínica em pacientes de risco. **Conclusão:** Os clínicos devem estar atentos ao diagnóstico do escorbuto moderno, especialmente, em pacientes bariátricos.

PALAVRAS-CHAVE: Dermoscopia, escorbuto, diagnóstico, cirurgia bariátrica, cardiopatias

INTRODUÇÃO

Vitamina C, ou ácido ascórbico, apresenta efeito pleiotrópico em inúmeras funções metabólicas. Exerce papel antioxidante, modula a microcirculação, reduz a permeabilidade endotelial, modula a capacidade de fagocitose e atua como cofator na síntese de noradrenalina e vasopressina. É componente essencial para síntese de colágeno, e sua deficiência leva à hipermetilação do DNA (ácido desoxirribonucleico),

inibindo a transcrição de vários tipos de colágeno (como o IV) encontrados na pele, vasos sanguíneos e tecidos. Por não ser sintetizada no organismo, os seres humanos necessitam de fontes nutricionais de vitamina C.^{1,2}

Escorbuto é doença rara, resultante da deficiência de vitamina C e está associada a certos grupos de risco, como pacientes com déficits nutricionais ou de absorção, especialmente com alterações neuropsiquiátricas, alcoólatras, usuários crônicos de diuréticos, idosos que moram sozinhos

^IMédicas residentes do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu (SP), Brasil.

^{II}Médico dermatologista do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu (SP), Brasil.

^{III}Professor associado do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu (SP), Brasil.

Editor responsável por esta seção:

Vidal Haddad Jr. Professor associado livre-docente de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu (SP), Brasil.

Endereço de correspondência:

Hélio Amante Miot

Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista (UNESP), s/nº — Botucatu (SP) — CEP 18618-000

Tel./Fax. (14) 3882-4922 — E-mail: heliomiot@gmail.com

Fontes de fomento: nenhuma. Conflitos de interesse: nenhum.

Entrada: 6 de outubro de 2020. Última modificação: 22 de outubro de 2020. Aceite: 30 de novembro de 2020.

e pacientes submetidos à cirurgia de *bypass* gástrico. Há ainda relato de maior prevalência em neoplasias, traumas e na sepse, por maior consumo oxidativo.²⁻⁶ Relatamos o caso de uma paciente com escorbuto, pós cirurgia bariátrica e em uso crônico de diuréticos para cardiopatia grave.

DESCRIÇÃO DE CASO

Paciente de 43 anos, sexo feminino, cor branca, com antecedente de *bypass* gástrico há 15 anos, que vinha em seguimento cardiológico por miocardiopatia restritiva grave, com várias internações e critérios para transplante cardíaco, foi internada devido a quadro de diarreia infecciosa em uso de antibioticoterapia, com necessidade de uso de drogas vasoativas por sepse e diureticoterapia em altas doses por descompensação cardíaca. A avaliação da dermatologia foi solicitada devido a púrpuras e equimoses espontâneas nos membros inferiores e abdome, progressivamente piores há cinco meses.

Ao exame dermatológico, evidenciamos equimoses no abdome e membros inferiores, predominantemente abaixo dos joelhos (**Figura 1**); xerose, hipertrofia gengival e púrpuras na gengiva superior (**Figura 2**). À dermatoscopia foram visualizadas hemorragias perifoliculares, pelos em rabo de cavalo, e com alterações distróficas (inúmeras constrições de Pohl-Pinkus) (**Figuras 3 e 4**).

Os exames de coagulação não revelaram alterações na contagem de plaquetas, tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina tecidual ativada (TTPA). Havia redução de fibrinogênio, de homocisteína, além de anemia normocrômica, sem aumento de reticulócitos.

Foi suspeitado de escorbuto, porém, devido à indisponibilidade de dosagem de vitamina C na rotina do serviço, optamos pela reposição endovenosa de vitamina C na dose de 1000 mg/dia. Em 20 dias de tratamento com vitamina C e reposição de vitaminas hidrossolúveis (por exemplo: complexo

B), houve remissão completa do quadro cutâneo, além de melhora da condição hemodinâmica e infecciosa.

A paciente deste caso assinou o Termo de Consentimento Informado autorizando a utilização de fotografias e apresentação do seu caso em publicação científica.

DISCUSSÃO

Escorbuto caracteriza-se, clinicamente, por manifestações variáveis, pouco específicas e insidiosas que envolvem



Figura 2. Hiperplasia gengival e equimose gengival.



Figura 1. Equimoses e púrpuras foliculares nos membros inferiores.



Figura 3. Hemorragias perifoliculares e distrofias das hastes dos pelos dos membros inferiores.

alterações hemorrágicas (petéquias, equimoses, sangramento gengival), edema articular, fadiga, anorexia, xerose e susceptibilidade a infecções.^{3,5,6}

As manifestações clínicas podem ser percebidas dentro de 8 a 12 semanas após ingestão irregular ou inadequada. Inicialmente, costuma haver mal-estar, fadiga e letargia. Após um a três meses de ingestão inadequada, pode ocorrer anemia, mialgia, dor óssea, púrpuras espontâneas, edema, hemorragias perifoliculares, distrofias nos pelos, má cicatrização de feridas e alterações de humor.^{2,3,6}

Hemorragias perifoliculares e equimoses ocorrem com grande frequência nas extremidades inferiores, uma vez que a fragilidade capilar leva à incapacidade de suportar a pressão hidrostática. Os estágios finais do escorbuto são mais graves e evoluem como edema generalizado, icterícia, hemólise, neuropatia, febre, convulsões e morte.^{2,3,6,7}

O diagnóstico definitivo é obtido por meio da determinação do nível sérico de vitamina C.² Entretanto, a dosagem de vitamina C não é usual em hospitais da rede pública, requer coleta em tubo escuro e transporte cuidadoso para laboratórios externos, o que justifica o emprego de outras ferramentas semiológicas para auxílio diagnóstico.

As alterações dermatoscópicas podem auxiliar no diagnóstico, sendo um dos principais o pelo em saca-rolhas e em rabo de cavalo, rodeado por área esbranquiçada, com halo periférico violáceo, caracterizado como hemorragia perifolicular.^{8,9} A área esbranquiçada corresponde a fibrose perifolicular e o halo violáceo ao extravasamento de glóbulos vermelhos. Descreveu-se ainda halo alaranjado pálido em adição ao halo violáceo, relacionado à presença de eritrócitos extravasados na área de fibrose perifolicular.¹⁰

O tratamento do escorbuto consiste na suplementação de vitamina C, na dose de 1-2 g/dia nos primeiros dois a três dias, seguidos por 500 mg/dia na semana seguinte. Posteriormente, uma ingestão de 100 mg/dia deve ser administrada por um a três meses. Os sintomas de fadiga, letargia, dor, anorexia e confusão melhoram nas primeiras 24 horas após o início da suplementação. Hematomas, hemorragias perifoliculares, sangramento gengival e fraqueza costumam melhorar em até 14 dias. Os pelos recuperam a aparência normal dentro de 28 dias e a recuperação completa ocorre em aproximadamente 90 dias.³⁻⁶



Figura 4. Microscopia (dermatoscopia) da hemorragia perifolicular e distrofias das hastas dos pelos dos membros inferiores: constrições e pelo em "rabo de cavalo".

Tabela 1. Resultados da busca nas bases de dados eletrônicas realizada em 6 de outubro de 2020

Bases de dados	Estratégia de busca	Resultados
LILACS (via BVS)	"Scurvy" [Mh:Scurvy]	29
MEDLINE (via PubMed)	"Scurvy" [Mesh]	2.090
Scopus	"Scurvy"	2.136

Objetivamos demonstrar caso de escorbuto em paciente com fatores de risco bem estabelecidos (cirurgia bariátrica, quadro séptico e uso de altas doses de diurético), que respondeu satisfatoriamente à reposição de vitamina C endovenosa, apresentando inclusive importante melhora do quadro sistêmico associado.

Em pacientes bariátricos, especialmente sob uso de diuréticos, com suspeita de escorbuto, deve-se suspeitar da carência associada de outras vitaminas hidrossolúveis.

A busca nas bases de dados médicas é apresentada na Tabela 1.

CONCLUSÃO

Os clínicos devem atentar-se aos fatores de risco para escorbuto na sociedade contemporânea, especialmente em pacientes bariátricos.

REFERÊNCIAS

- Colacci M, Gold WL, Shah R. Modern-day scurvy. *CMAJ*. 2020;192(4):E96. PMID: 31988154; <https://doi.org/10.1503/cmaj.190934>.
- Deirawan H, Fakhoury JW, Zarka M, Bluth MH, Moossavi M. Revisiting the pathobiology of scurvy: a review of the literature in the context of a challenging case [published online ahead of print, 2020 Mar 10]. *Int J Dermatol*. 2020;10.1111/ijd.14832. PMID: 32154584; <https://doi.org/10.1111/ijd.14832>
- Maxfield L, Crane JS. Vitamin C Deficiency (Scurvy). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. PMID: 29630239.

4. Hansen EP, Metzsch C, Henningsen E, Toft P. Severe scurvy after gastric bypass surgery and a poor postoperative diet. *J Clin Med Res.* 2012;4(2):135-7. PMID: 22505988; <https://doi.org/10.4021/jocmr726w>.
5. De Luna RH, Colley BJ 3rd, Smith K, et al. Scurvy: an often forgotten cause of bleeding. *Am J Hematol.* 2003;73(1):85-7. PMID: 12949899; <https://doi.org/10.1002/ajh.10354>.
6. Léger D. Scurvy: reemergence of nutritional deficiencies. *Can Fam Physician.* 2008;54(10):1403-6. PMID: 18854467.
7. Antonelli M, Burzo ML, Pecorini G, et al. Scurvy as cause of purpura in the XXI century: a review on this "ancient" disease. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2018;22(13):4355-8. PMID: 30024630; https://doi.org/10.26355/eurrev_201807_15433.
8. Walters RW, Grichnik JM. Follicular hyperkeratosis, hemorrhage, and corkscrew hair. *Arch Dermatol.* 2006;142(5):658. PMID: 16702512; <https://doi.org/10.1001/archderm.142.5.658>.
9. Cinotti E, Perrot JL, Labeille B, Cambazard F. A dermoscopic clue for scurvy. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72(1 Suppl):S37-8. PMID: 25500035; <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.05.061>.
10. Batisda J, Dehesa LA, de la Rosa P. Halo naranja pálido perifolicular como signo dermatoscópico en el escorbuto crónico [Pale Orange perifolicular halo as dermoscopic sign in scurvy]. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99(10):827-8. PMID: 19091230.

Contaminação

Alfredo José Mansur¹

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Contaminação é termo de uso corrente na linguagem da área biológica e da atividade dos médicos e dos profissionais de saúde de modo geral. O dicionário registra várias acepções para o ato ou efeito de contaminar-se: transmissão de germes nocivos ou de doença infecciosa; infecção por contacto. Em sentido figurado, significa a influência de uma coisa sobre alguém ou algo (exemplo: a contaminação da mídia sobre a população; a contaminação de uma língua por outra). Em uma acepção linguística, exprime mudança linguística devida à semelhança formal e semântica entre duas palavras.¹ Na atividade cotidiana, estímulos a reflexões sobre a contaminação entre aparentes semelhanças formais ou semânticas de algum modo justapostas são continuamente estimuladas. Seguem algumas reflexões sobre três itens básicos.

Tempo – o progresso tecnológico permitiu que processamentos que há poucas décadas eram lentos, tenham se tornado muito rápidos, entre eles a transmissão de dados e o acesso a conteúdos em sites de internet. Isso fez com que muitas ações, perguntas ou respostas fossem passíveis de transitarem de modo rápido e *online*. Além disso, a circunstância epidêmica da síndrome respiratória aguda grave 2 (Sars-Cov-2) tornou algumas interações tecnológicas contribuidoras para o distanciamento social, fator de segurança e proteção, tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde.

Entretanto, ainda remanescem situações humanas para as quais a velocidade excessivamente rápida pode decantar os conteúdos fundamentais, sem os quais deixariam a

desejar. Tal pode ocorrer na operação de um sistema organizacional, na eventualidade do sistema ser convidado a operar em velocidade acima do limite técnico, a ponto de comprometer a eficiência do sistema e levar os seus membros à exaustão. No âmbito futebolístico, às vezes, os comentaristas relatam tal ocorrência como “correria”. No âmbito da música, uma orquestra que atrepele o tempo pode incidir em sonoridades que soam como conflito sonoro e não como melodia ou harmonia. No âmbito da fala, se atropelamos muito a linguagem, pode haver dificuldade de expressão do falante e de entendimento do ouvinte. Um professor de cirurgia salientou recentemente que mesmo no transcorrer do ato cirúrgico há períodos rápidos e há períodos em que deve haver espaço para tempos menos rápidos em função do andamento da operação. São, portanto, situações de tensão entre a velocidade da ação e os conteúdos de que tratam ou veiculam.

E nas interações humanas mediadoras da atuação clínica, há momentos que podem ou devam ser rápidos – instâncias administrativas, por exemplo – e outros momentos que requerem tempos muito rápidos em função da necessidade clínica, nas quais os segundos são importantes, mas há também momentos que requerem tempos menos rápidos mais propícios que respeitem a necessidade de avaliação menos rápida, entre elas as consultas médicas. Em um estudo que pesquisou a duração de consultas médicas em 67 países, a duração de consulta em atenção primária foi menor que 5 minutos para metade da população do mundo; variou de 48 segundos em Bangladesh,

¹ Livre-docente em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Diretor da Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 — São Paulo (SP) — Brasil — CEP 05403-000

Tel. InCor: (11) 2661-5237 — Consultório: (11) 3289-7020/3289-6889

E-mail: ajmansur@incor.usp.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum declarado.

Entrada: 3 de outubro de 2020. Última modificação: 3 de outubro 2020. Aceite: 6 de outubro de 2020.

15 minutos na Austrália e 22,5 minutos na Suécia.^{2,3} A curta duração implicaria em consequências para os pacientes e para os profissionais.³ Nesse último caso, o tempo excessivamente rápido pode ser interpretado como falta de atenção, perda de informação e perda de dados para um exercício fundamentalmente empírico, tomando-se como “empírica” a obtenção de dados diagnósticos na interação humana com o paciente. E a consequência advinda seria a desumanização.

As máquinas também demoram tempo para tecerem construtos do que estão “vendo” (ou captando), e para isso demandam maior ou menor tempo para a captação das referências de construção da imagem ou de análise, para as quais continuamente se aprimoram para serem mais rápidas, eficientes, bem como atenuar a radiação e exposição, à parte o seu custo do ponto de vista econômico. Tão mais complexa e precisa a informação das máquinas, maiores são as exigências de instalação, tempo de preparo e de realização. Consolidou-se a ideia de que a profundidade pelo alcance anatômico, na maioria dos casos salvadora quando bem indicada, pode, em alguns casos, ser potencialmente iatrogênica^{4,5} e, ocasionalmente, indicada de tal modo que essa se mostra justificada. Curiosamente, o tempo dedicado à interação com a máquina pode ser superior ao tempo dedicado à interação humana da experiência terapêutica, tanto para pacientes como para profissionais de saúde.

Linguagem – a linguagem usada pelos pacientes para a comunicação com os médicos e profissionais da saúde é uma forma de narrativa, que pode ser entendida como critério de acesso à realidade⁶ por meio da linguagem verbal em conjunto com a linguagem não verbal. Médicos chamam essa etapa de anamnese. Além disso, há o exame físico em que os sinais corpóreos são pesquisados, obtidos e interpretados, seja pela presença ou pela ausência. Entretanto, grassa o conceito de que essa experiência pode ser “clínica” e não “científica”, é “subjetiva” e não é “objetiva” [aspas importadas da introdução de E. Cassirer,⁷ aplicadas a esse contexto]. A linguagem “científica” seria metrificada, aritmetizada, impessoal e, mais recentemente, usa a tecnologia com a sua linguagem de programação, não narrativa, norteada por questionários de interesse específico como o fazem as CRFs (“*case report forms*”) de protocolos de estudo.⁸ Nesse contexto, perde-se a narrativa com todos os seus recursos e a sua legitimidade.

A experiência da linguagem nas interações médicas obedece a critérios lógicos, observação sistematizada, registrada segundo tal sistematização. Portanto, esse registro não é um texto “livre”, mas registro “sistematizado”. Além disso, a

experiência inicial da interação médica é de total abertura para o que é trazido pelo paciente, para progressivamente ser organizado na sua forma específica, etiológica quando aplicável; em outras palavras, uma experiência de progressiva síntese que se opera no diagnóstico, e implica na prática em decisão terapêutica. Portanto, uma constante experiência entre a abertura para o empírico e a síntese. Como atualmente no sistema computacional trabalhamos em janelas, a operação intelectual pressupõe a síntese de muitas janelas. Uma das leituras seria a desconstrução da realidade em janelas, às vezes de um paciente em inúmeras janelas e depois sintetizadas em diagnósticos. Trata-se de uma operação complexa e trabalhosa.

Número – uma das questões importantes que fazem parte da vida prática é a necessidade de métricas. As métricas se exprimem frequentemente por números. Os números das métricas obedecem a métodos de obtenção, técnicas de análise e de resultados. Um fato curioso é que as métricas são uma etapa necessária de processos metrificáveis, mas não abrangem a realidade por completo a ponto de serem estritamente consideradas “objetivas”. Escreveu o autor “a muita coisa importante, falta nome”,⁹ poderíamos parafraseá-lo, “a muita coisa importante, falta métrica”.

Em várias interações clínicas, a contaminação da ideia de métrica nas variáveis que não são passíveis de serem aritméticas, por serem qualitativas ou atitudinais, cria a experiência de uma tensão tal que pode repercutir em pacientes ou em médicos e profissionais de saúde.

Segurança – às vezes o conceito de segurança, tanto no diagnóstico como na terapêutica, se ampara excessivamente no uso de exames complementares, seja para o diagnóstico, seja para a confirmação de orientação terapêutica, tomando-se a segurança como qualidade expressa em números ou em imagens. Talvez seja um movente do uso de testes que potencialmente pode ser mais trabalhado.¹⁰ Em alguns casos isso é possível, mas não para todos. Há situações nas quais o tempo suficiente, a escuta e a linguagem apropriada e o entendimento, constituem o fator maior de segurança e dificilmente seria essa condição transferível a outro nível de informação. Curiosamente, fatores humanos, tais como atuação em equipe e habilidades de comunicação, foram entendidos como elementos importantes na segurança dos pacientes.^{11,12}

E para finalizar, não é demais lembrar que o conhecimento e a experiência dos demais colegas podem ampliar e aprofundar as reflexões apresentadas. Igualmente, profissionais de outras áreas do conhecimento, também dedicados ao tema, podem tornar mais técnico o exercício de reflexão apresentado.

REFERÊNCIAS

1. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
2. Gabl R, Stummer F. Development of a Sensor to Measure Physician Consultation Times. *Sensors (Basel)*. 2019;19(24):5359. PMID: 31817359.
3. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017902. PMID: 29118053; doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902.
4. Linet MS, Slovis TL, Miller DL, et al. Cancer risks associated with external radiation from diagnostic imaging procedures. *CA Cancer J Clin*. 2012;62(2):75-100. PMID: 22307864.
5. Holmberg O, Czarwinski R, Mettler F. The importance and unique aspects of radiation protection in medicine. *Eur J Radiol*. 2010;76(1):6-10. PMID: 20638808; doi: 10.1016/j.ejrad.2010.06.031.
6. Bruner J. Fabricando histórias. Direito, literatura, vida. São Paulo: Letra e Voz; 2014.
7. Cassirer E. The philosophy of symbolic forms. I. New Haven: Yale University Press; 1955.
8. Nahm M, Shepherd J, Buzenberg A, et al. Design and implementation of an institutional case report form library. *Clin Trials*. 2011;8(1):94-102. PMID: 21163853; doi: 10.1177/174077451039191.
9. Rosa JG. Grande Sertão: Veredas. São Paulo: Nova Aguilar; 1994.
10. Sales MM, Taniguchi LU, Fonseca LAM, et al. Laboratory Tests Ordering Pattern by Medical Residents From a Brazilian University Hospital. *Am J Clin Pathol*. 2016;146(6):694-700. PMID: 27940426; doi: 10.1093/ajcp/aqw188.
11. Backhouse A, Malik M. Escape into patient safety: bringing human factors to life for medical students. *BMJ Open Qual*. 2019;8(1):e000548. PMID: 31206043; doi: 10.1136/bmjopen-2018-000548.
12. World Health Organization & WHO Patient Safety. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. World Health Organization; 2011. ISBN 9789241501958.

Eletrocardiograma em gestante nos tempos da COVID-19

Alfredo José da Fonseca¹, Acácio Fernandes Cardoso¹,
Carlos Alberto Rodrigues de Oliveira¹, Antonio Américo Friedmann^{II}

Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

INTRODUÇÃO

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), pode levar um paciente a apresentar desde um simples quadro gripal até graves complicações pulmonares, cardiovasculares e neurológicas. Os pacientes com fatores de risco e/ou doença cardiovascular apresentam maior morbidade e mortalidade. Entretanto, mesmo indivíduos hígidos podem desenvolver complicações cardiovasculares. Estas resultam de vários mecanismos, que vão desde lesão direta pelo vírus até complicações secundárias à resposta inflamatória e trombótica desencadeada pela infecção.¹ Neste contexto, além dos biomarcadores, o eletrocardiograma (ECG) é uma relevante ferramenta para a abordagem inicial do paciente com a suspeita da doença.

RELATO DO CASO

Uma gestante de 29 anos, na trigésima semana de sua terceira gestação, sem antecedentes mórbidos relevantes, foi internada com febre, cefaleia, astenia e sintomas gripais.

Além do estresse físico do quadro clínico, apresentava um distresse emocional pela gravidez não desejada somado à ansiedade relativa ao momento da pandemia. O teste RT-PCR (reação em cadeia da polimerase – transcriptase reversa) para COVID-19 foi positivo e para influenza H1N1 negativo. Realizou tomografia de tórax que revelou opacidades pulmonares com padrão de vidro fosco compatível com a pneumonia viral da doença. Durante a internação piorou e evoluiu com dispneia (frequência respiratória 35/minuto), taquicardia (frequência cardíaca 130 bpm), hipotensão (pressão arterial, PA 96 mmHg x 66 mmHg) e hipóxia (saturação de O₂ 79% em ar ambiente). O ECG (**Figura 1**) mostrou taquicardia sinusal, bloqueio divisional anterossuperior esquerdo (BDAS) e alterações difusas da repolarização ventricular sugerindo importante comprometimento cardíaco. Os biomarcadores inflamatórios e de injúria miocárdica (PCR, Troponina, CKMB, NT-proBNP e Dímero D) estavam todos muito elevados. O ecocardiograma (**Figura 2**) revelou disfunção sistólica importante do ventrículo esquerdo (fração de ejeção 25%) e acinesia médio-apical com abaulamento sugestivo da síndrome de Takotsubo.

^IMédicos assistentes do Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil.

Editor responsável por esta seção:

Antonio Américo Friedmann. Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência:

Hospital das Clínicas da FMUSP

Prédio dos Ambulatórios - Serviço de Eletrocardiologia

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155 — São Paulo (SP) — CEP 05403-000

Tel. (11) 2661-7146 — E-mail: aafriedmann@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum declarado.

Entrada: 30 de setembro de 2020. Última modificação: 30 de setembro de 2020. Aceite: 6 de outubro de 2020.

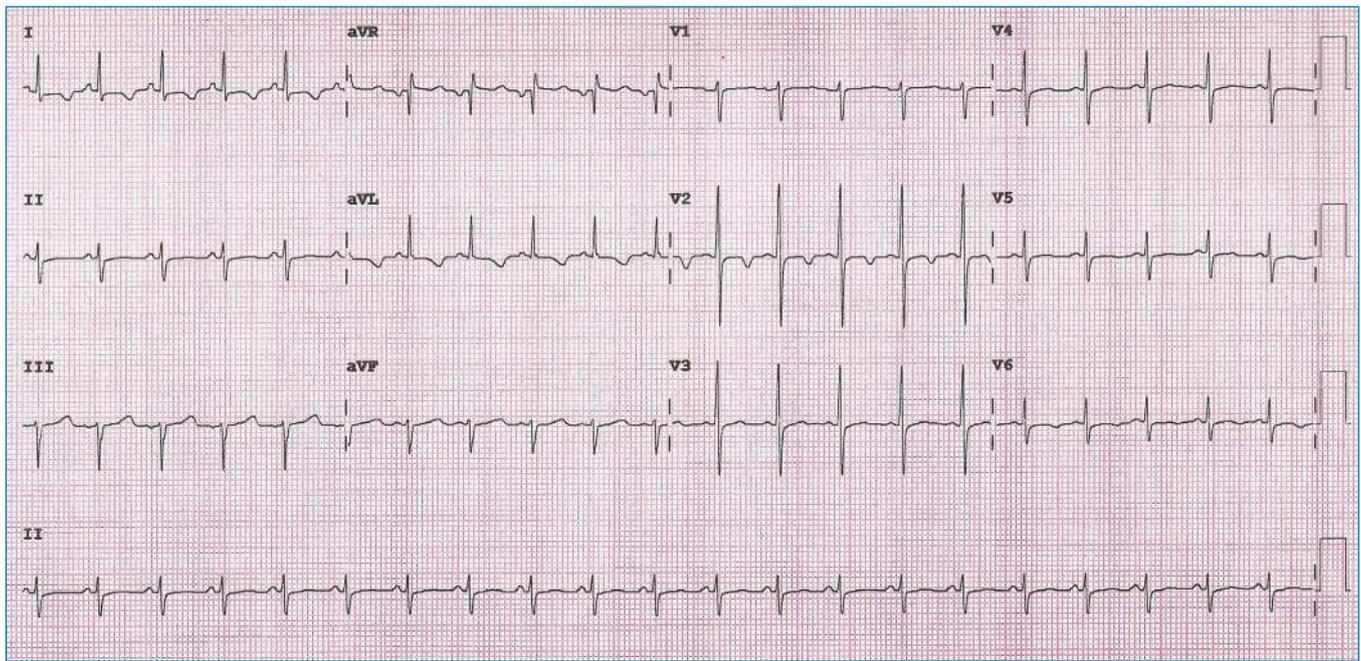


Figura 1. Eletrocardiograma com taquicardia sinusal (frequência cardíaca 125 bpm), desvio do QRS para esquerda (-40°) sugestivo de bloqueio divisional anterossuperior esquerdo e alteração difusa da repolarização ventricular (ondas T negativas e de baixa voltagem) com intervalo QT_c prolongado (560 ms).

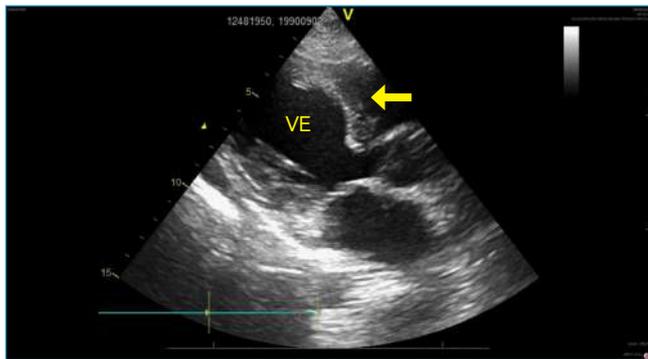


Figura 2. Ecocardiograma assinalando a discinesia com balonamento do ventrículo esquerdo.

A paciente foi encaminhada para a unidade de terapia intensiva em choque cardiogênico, recebendo drogas vasoativas e suporte respiratório e foi melhorando aos poucos, recebendo alta após três semanas da internação inicial.

DISCUSSÃO

Dados recentes da pandemia da COVID-19 mostraram que o vírus pode afetar o sistema cardiovascular com manifestações diversas, como injúria miocárdica, avaliada pela elevação da Troponina, insuficiência cardíaca detectada pelo aumento do BNP e redução da fração de ejeção, arritmias ventriculares

graves verificadas no ECG, síndrome de Takotsubo diagnosticada por exames de imagem, miocardite e até infarto agudo do miocárdio.² Tais alterações podem ocorrer tanto em pacientes com cardiopatia prévia como também em indivíduos com coração normal.

Os danos causados pelo SARS CoV-2 no sistema cardiovascular são geralmente multifatoriais decorrentes de miocardite inflamatória pelo vírus, hipóxia secundária ao comprometimento pulmonar, disfunção microvascular por hipercoagulabilidade e trombose, miocardiopatia por estresse decorrente da hiperestimulação adrenérgica e da inflamação sistêmica pela “tempestade de citocinas”³

O ECG é a primeira ferramenta não invasiva para detectar um eventual comprometimento cardíaco. Ele pode revelar alterações da repolarização compatíveis com miocardite, desnivelamentos do segmento ST sugestivos de isquemia aguda do miocárdio e identificar arritmias cardíacas malignas, como a taquicardia ventricular. Tem papel importante na monitoração do intervalo QT naqueles em uso de determinados fármacos como a azitromicina e a hidroxicloroquina, que têm sido utilizados no tratamento da doença apesar da não comprovação de sua eficácia.

No caso apresentado, o ECG alertou para o comprometimento cardíaco, mas foi o ecocardiograma que caracterizou o padrão de Takotsubo.

Estresse emocional também pode determinar síndrome catecolaminérgica e causar insuficiência coronária aguda na

ausência de doença arterial coronária. O ECG às vezes apresenta padrão de infarto agudo do miocárdio e é acompanhado de elevação dos marcadores de necrose miocárdica. Ao contrário do infarto por aterosclerose coronária, o comprometimento do coração é difuso e o ecocardiograma mostra miocardiopatia dilatada com discinesia peculiar das paredes ventriculares. Esta cardiopatia é também conhecida como *broken heart syndrome* (síndrome do coração partido),⁴ balonamento apical transitório do ventrículo esquerdo ou síndrome de Takotsubo (do japonês, vaso de pescar polvos). A denominação deriva do aspecto da ventriculografia durante a sístole que revela o coração em forma de vaso ou ampulheta, devido à hipocinesia apical associada à hipercinesia da região basal (**Figura 3**).⁵

As alterações eletrocardiográficas e a dilatação cardíaca geralmente regredem após alguns dias. Existe um escore publicado⁶ e divulgado internacionalmente denominado *InterTAK* (sexo feminino 25 pontos, distresse emocional 24 pontos, distresse físico 13 pontos, ausência de supradesnívelamento SST 12 pontos, desordem psiquiátrica 11 pontos, desordem neurológica 9 pontos e intervalo Qtc corrigido alongado 6 pontos) que auxilia na caracterização dessa síndrome. Esta paciente preenchia a pontuação necessária para

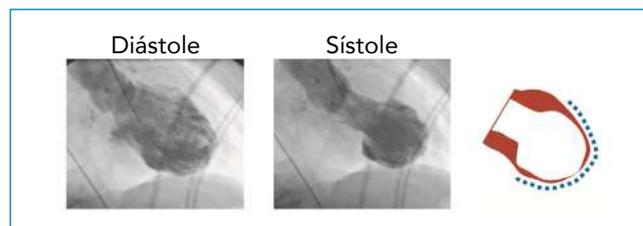


Figura 3. Exemplo de ventriculografia esquerda por cateterismo cardíaco evidenciando balonamento apical durante a sístole com morfologia de vaso (padrão de Takotsubo).

seu diagnóstico que chegou a pelo menos 74 pontos em uma somatória que ao passar de 71 indica a referida síndrome.

CONCLUSÃO

Na pandemia do novo coronavírus SARS-CoV-2 o comprometimento cardíaco é frequente e pode ter diferentes manifestações. A síndrome de Takotsubo é uma delas. O clínico na linha de frente do tratamento deve valorizar o eletrocardiograma para o tratamento adequado das complicações cardiológicas da doença.

REFERÊNCIAS

1. Costa IBSS, Bittar CS, Rizk SI, et al. O Coração e a COVID-19: O que o Cardiologista Precisa Saber. *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(5):805-16. doi: 10.36660/abc.20200279.
2. Inciardi RM, Lupi L, Zaccone G, et al. Cardiac involvement in a patient with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol.* 2020;5(7):819-24. PMID: 32219357; doi: 10.1001/jamacardio.2020.1096.
3. Clerkin KJ, Fried JA, Raikhelkar J, et al. COVID-19 and Cardiovascular Disease. *Circulation.* 2020;141(20):1648-55. PMID: 32200663; doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.046941.
4. Sharkey SW, Lesser JR, Zenovich AG, et al. Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States. *Circulation.* 2005;111(4):472-9. PMID: 15687136; doi: 10.1161/01.CIR.0000153801.51470.EB.
5. Fried JA, Ramasubbu K, Bhatt R, et al. The Variety of Cardiovascular Presentations of COVID-19. *Circulation.* 2020;141(23):1930-6. PMID: 32243205; doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047164.
6. Ghadri JR, Cammann VL, Jurisic S, et al. A novel clinical score (InterTAK Diagnostic Score) to differentiate takotsubo syndrome from acute coronary syndrome: results from the International Takotsubo Registry. *Eur J Heart Fail.* 2017;19(8):1036-42. PMID: 27928880; doi: 10.1002/ejhf.683.

Diagnóstico clínico e tratamento medicamentoso em ejaculação precoce

Gustavo Marquesine Paul^I, Eduardo Medici^{II}, Carmita Helena Najjar Abdo^{III}

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba (PR), Brasil

RESUMO

A ejaculação precoce é um dos transtornos sexuais mais prevalentes na população masculina com prevalência média de cerca de 30%. Possui diversas classificações de entidades médicas e classificações internacionais de doenças, todas elas tendo em comum um reduzido tempo de latência intravaginal, incapacidade de controle ejaculatório e consequências psicológicas negativas para o indivíduo e/ou para o casal. Dentre as causas da patologia, destacam-se alterações nas vias de neurotransmissão serotoninérgica, hipersensibilidade genital e causas genéticas nas patologias primárias. Na ejaculação precoce secundária devem-se pesquisar distúrbios psicogênicos, hormonais, sintomas de trato urinário inferior e disfunção erétil. O correto diagnóstico é importante para indicação e planejamento do tratamento adequado. Em casos de ejaculação precoce primária, o tratamento preferencial é o medicamentoso. Os tratamentos medicamentosos disponíveis podem ser por via oral ou de aplicação tópica. Dentre os tratamentos orais, destacam-se os antidepressivos com ação serotoninérgica que devem ser utilizados de modo contínuo. Outras classes de medicações utilizadas são os inibidores da fosfodiesterase do tipo 5 e os opioides como tramadol. Como opção às medicações orais, as medicações de aplicação tópica peniana são aplicadas sob demanda na glândula um período antes do encontro sexual, cujo tempo varia conforme o medicamento escolhido, e que podem ter apresentação no formato gel ou spray, contendo primariamente uma mistura de lidocaína e prilocaína ou compostos de naturais como o SS-Cream (Severance Secret Cream).

PALAVRAS-CHAVE: Ejaculação, quimioterapia combinada, antidepressivos, coito, anestésicos

INTRODUÇÃO

A ejaculação precoce é um transtorno caracterizado pela ejaculação que ocorre antes do tempo desejado. Possui elevada prevalência, atingindo todas as faixas etárias, podendo trazer insatisfação sexual e sofrimento para o indivíduo e/ou casal, além de elevar as chances de depressão quando ocorre

por mais de um ano.¹ Para o tratamento da condição, é fundamental um correto diagnóstico.²

OBJETIVO

O objetivo desta revisão é a atualização dos critérios diagnósticos e terapia farmacológica da ejaculação precoce.

^IMestre em Clínica Cirúrgica e Urologista do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba (PR), Brasil.

^{II}Psiquiatra, pós-graduado em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Médico psiquiatra e psicoterapeuta em Curitiba (PR), Brasil.

^{III}Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Gustavo Marquesine Paul

Hospital de Clínicas, Disciplina de Urologia

R. General Carneiro, 181 — Prédio Central — 9º andar — Alto da Glória — Curitiba (PR) — CEP 80060-900

Tel. (41) 99926-6289 — E-mail: gustavompaul@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 5 de outubro de 2020. Última modificação: 8 de outubro de 2020. Aceite: 29 de outubro de 2020.

DIAGNÓSTICO DA EJACULAÇÃO PRECOCE

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) classifica a ejaculação precoce como ejaculação que ocorre num tempo de latência intravaginal menor de um minuto, de ocorrência mínima de seis meses, em 75% e 100% das atividades sexuais e causando sofrimento clinicamente significativo para o indivíduo.³ Estima-se que a mediana do tempo de latência para a satisfação sexual seja de cerca de 5,4 minutos.⁴

Pela Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM), o diagnóstico é feito no indivíduo com ejaculação em tempo de latência intravaginal inferior a um minuto quando a ejaculação precoce é primária, e quando acontece em menos de três minutos na ejaculação precoce secundária. O diagnóstico também necessita de incapacidade de retardar a ejaculação e trazer consequências negativas para o indivíduo e/ou casal. Foi definida ejaculação precoce variável como aquela de ocorrência infrequente e irregular, uma variação da performance sexual normal e, também, a ejaculação precoce subjetiva em que o mais importante é a percepção subjetiva do indivíduo da impossibilidade de controle sob sua ejaculação, não o tempo de latência.⁵

Essa definição sofreu críticas por contemplar apenas o tempo de latência intravaginal como padrão. Sabe-se que esse tipo de classificação não contempla outras práticas sexuais, como as não penetrativas ou com penetração anal.⁶

Para uniformizar a definição e corrigir as falhas dos conceitos anteriores, em 2018 a Classificação Internacional de Doenças-11ª edição (CID-11) lançou a definição: “A ejaculação precoce masculina é caracterizada pela ejaculação que ocorre antes ou dentro de uma duração muito curta do início da penetração vaginal ou outra estimulação sexual relevante, com pouco ou nenhum controle percebido sobre a ejaculação. O padrão de ejaculação ocorreu episódica ou persistentemente durante um período de pelo menos vários meses e está associado a um sofrimento clinicamente significativo”.⁷

Diante de queixa de ejaculação precoce, deve-se levar em consideração os seguintes fatores: redução do tempo de latência, subjetivo ou objetivo, falta de controle sob a ejaculação e ocorrência de insatisfação, sofrimento ou frustração.

A classificação da ejaculação precoce inclui ejaculação precoce primária, em que o indivíduo apresenta a queixa desde o início de seus relacionamentos sexuais, e a ejaculação precoce secundária, naqueles casos em que ocorre após ter tido um período de pleno controle ejaculatório.^{3,5}

Alterações nas vias serotoninérgicas, hipersensibilidade peniana, fatores genéticos e epigenéticos podem ser as causas de ejaculação precoce primária. Já nos indivíduos com

ejaculação precoce secundária, as principais causas são fatores psicológicos e psiquiátricos, como transtornos de ansiedade e/ou ansiedade de performance e desempenho, fatores associados ao relacionamento e uso ou abstinência de drogas.^{3,8} Dados também sugerem haver associação de ejaculação precoce com sintomas do trato urinário inferior, síndrome de dor pélvica crônica, hipersensibilidade tátil e perturbações hormonais, como hipertireoidismo ou níveis alterados da testosterona.⁹

Indivíduos com ejaculação precoce primária são 2,3% da população, os com ejaculação secundária 8,5% da população. Já os com ejaculação precoce subjetiva 5,1% e os com ejaculação precoce variável 8,5%.

Em questionário subjetivo que levou em consideração a faixa etária, 30% dos indivíduos entre 18 e 29 anos se intitulavam como ejaculadores precoces. Na faixa etária entre 30 e 39 anos eram 32%, entre 40 e 49 anos eram 28%. A faixa etária que mais relatou ejaculação precoce foram homens entre 50 e 59 anos, com prevalência de 55%.⁵ A prevalência de ejaculação precoce é de 15,8% da população masculina brasileira.¹⁰

Muito importante, diante de queixa de ejaculação precoce, é inquirir a respeito de disfunção erétil. Existem casos em que as queixas são confundidas entre si e, também, a ejaculação precoce pode ser a causa ou consequência da disfunção erétil.¹¹

Em contraponto, existem publicações que questionam a existência da patologia ejaculação precoce e a real necessidade de tratamento. Isso ocorre porque a ejaculação precoce é um sintoma, e não uma doença, estando os mecanismos fisiológicos relacionados à ejaculação, emissão e expulsão do sêmen, normais e preservados. O estímulo e prazer sexual da parceria poderiam ocorrer por métodos não penetrativos, que podem ser utilizados em caso de uma ejaculação rápida.²

Acredita-se que para uma parcela dos homens com ejaculação precoce primária, a etiologia possa ser decorrente da desregulação serotoninérgica. Uma das hipóteses é de que exista hipossensibilidade dos receptores serotoninérgicos 5-HT1A. Considerando que a serotonina geralmente apresenta papel de retardar a ejaculação, homens com menor neurotransmissão serotoninérgica e/ou hipossensibilidade dos receptores 5-HTC2 podem apresentar limiar ejaculatório mais baixo. Embora menos estudados na ejaculação precoce, a dopamina e a ocitocina também parecem desempenhar papel importante no processo ejaculatório.^{5,13}

TRATAMENTO DA EJACULAÇÃO PRECOCE

No manejo da ejaculação precoce, são duas as principais ferramentas: farmacoterapia e psicoterapia. A ejaculação precoce primária tem seu manejo preferencial pela

farmacoterapia. Já a ejaculação precoce secundária tem seu manejo preferencial na correção do fator de base, seja ele orgânico ou psicológico.¹⁴

A associação do tratamento farmacológico e psicoterapia comportamental é a abordagem padrão para o tratamento. Isso porque apesar das medicações terem boa resposta inicial, existe o risco de taquifilaxia, assim como o retorno dos sintomas quando as medicações são suspensas.¹⁵

A terapia farmacológica conta com inibidores seletivos da recaptção de serotonina, antidepressivos tricíclicos, tramadol, inibidores de 5-fosfodiesterase e anestésicos locais.¹⁶

Inibidores seletivos de recaptção de serotonina

Por meio do bloqueio da recaptção axonal da serotonina, estimulação dos receptores de serotonina nas membranas pós sinápticas e consequente aumento da neurotransmissão serotoninérgica, esses fármacos revolucionaram o tratamento da ejaculação precoce.^{5,17}

Dentro da classe dos medicamentos inibidores seletivos de recaptção de serotonina, a dapoxetine é o único fármaco aprovado para o uso na ejaculação precoce, sendo indicado sob demanda, principalmente pelas características de início de ação rápida e meia vida curta. Prescrita na dose de 30-60 mg e administração entre uma a duas horas antes do encontro sexual, elevando o tempo de latência intravaginal na ordem de 2,5 a 3 vezes.⁵ Os efeitos colaterais mais comuns são náuseas, diarreia, cefaleia, sonolência e fadiga, acometendo cerca de 17%, 9%, 8%, 4%, e 4% respectivamente.^{16,18,19} São raros os efeitos sobre os outros aspectos da função sexual e do humor, sendo a droga de uso preferencial em jovens menores de 18 anos ou com alterações psiquiátricas como ideação suicida, pelo menor risco de induzir ao fato.⁴

Outros fármacos da classe também utilizados para o tratamento, mas que não possuem indicação em bula, considerado uso "off-label" são: paroxetina, sertralina, fluoxetina, citalopram e dapoxetine. São consideradas as drogas padrão ouro no tratamento e devem ser usadas em regime de uso contínuo. As doses terapêuticas das drogas geralmente variam entre: Paroxetina 10-40 mg; Sertralina 50-200 mg; Fluoxetina 20-40 mg e Citalopram 20-40 mg.^{20,21}

Todas essas drogas possuem metabolismo hepático e meia vida de cerca de 20 horas, exceto a fluoxetina, que tem meia vida entre 7 e 9 dias. Entre os possíveis efeitos colaterais estão náusea, cefaleia, tonturas, ansiedade, mal-estar, insônia e disfunção sexual, parte deles ocorrendo principalmente no início do tratamento. Essas drogas reduzem a atividade do citocromo P-450 e assim afetam o metabolismo de antidepressivos tricíclicos e varfarina.¹⁵

Estudo iraniano comparou a resposta clínica de 480 pacientes, utilizando sertralina 50 mg, fluoxetina 20 mg, paroxetina

20 mg, e citalopram 20 mg ao longo de quatro e oito semanas. O estudo mostrou que todos os antidepressivos foram efetivos no aumento do tempo de latência intravaginal.²² Esse aumento foi de três a cinco vezes o tempo de latência basal e não se alterou significativamente ao longo de quatro ou oito semanas. Não houve diferença estatística de eficácia das drogas entre si. Os efeitos colaterais não foram estatisticamente significantes, embora a fluoxetina tenha apresentado mais efeitos colaterais (20,8%), em comparação com a sertralina (15%), paroxetina (12,5%) e citalopram (10%).¹⁵

Antidepressivos tricíclicos

A clomipramina é o antidepressivo tricíclico com maior ação serotoninérgica e teve sua primeira descrição de uso para o tratamento da ejaculação precoce em 1977. Tem inibição mista de recaptção de serotonina e norepinefrina, demonstrando efetividade e aumento do tempo de latência que varia de 4-6 vezes, devendo ser utilizada de modo diário, nas doses de 12,5 mg a 50 mg. Os efeitos colaterais mais comuns são náuseas e tonturas, acometendo 15,7% e 4,9% dos homens, respectivamente.²³

Tramadol

O tramadol é agente opioide de ação central que inibe a recaptção de serotonina e noradrenalina e tem meia vida curta de cinco a sete horas. As doses estudadas de tramadol demonstraram efetividade e segurança com 62 mg a 89 mg, havendo melhora de 2,4 e 2,5 vezes no tempo de latência intravaginal basal, respectivamente. Efeitos colaterais estudados foram de constipação, sedação e xerostomia. Tramadol parece ser um medicamento eficaz, entretanto devido às suas propriedades opiáceas, alguns especialistas expressam preocupação de adição à droga.²⁴

Estudo com 150 pacientes, comparando o uso sob demanda de tramadol, sildenafil, paroxetina, gel de lidocaína e placebo, encontrou no grupo tramadol maiores tempos finais de latência intravaginal entre todos os grupos.²⁵

Inibidores de Fosfodiesterase do tipo 5

Essa classe de medicação é utilizada principalmente no tratamento da disfunção erétil. Também, de modo off-label na ejaculação precoce, desempenhando papel na redução da ansiedade de desempenho e aumentando a confiança e a percepção de controle na performance sexual de homens, embora não melhore o tempo de latência intravaginal quando usados em monoterapia.¹¹ Essa classe de drogas também reduz o tempo refratário para alcançar uma segunda ereção, após a ejaculação. Vários estudos mostraram que o uso de inibidores de fosfodiesterase do tipo 5 associados a inibidores de recaptção de serotonina, melhoram o tempo de latência

intravaginal e, também, a satisfação sexual, quando comparados com a monoterapia.²⁶

Agentes tópicos

Os agentes tópicos representam a forma farmacológica mais antiga de tratamento da ejaculação precoce, tratamento esse que remonta à década de 1940 e tem o objetivo de reduzir a sensibilidade da glândula. Homens com ejaculação precoce parecem ter resposta sensorial aumentada à estimulação peniana, com limiar de vibração significativamente menor do que o de homens saudáveis.²⁷

Até recentemente, o principal anestésico tópico disponível para o tratamento da ejaculação precoce era a combinação lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5% em gel (EMLA) que é usada de forma *off-label* nas doses de 2,5 g por aplicação.²⁸ Têm taxas de sucesso de até 80% e suas principais desvantagens são a necessidade de aplicação 10 a 20 minutos antes da relação sexual. Outra desvantagem é a falta de padronização da dosagem. Dosagens elevadas podem causar parestesia e hipossensibilidade peniana e consequente disfunção erétil. Em contrapartida, subdosagens podem ser inefetivas.^{29,30} Estudos randomizados placebo controlados relataram a melhora significativa do tempo de latência intravaginal de até seis vezes com o uso do creme. Apesar de os efeitos colaterais da medicação serem leves, existe a chance de alergia à medicação. Assim, é contraindicada quando existe história de alergia aos compostos. Para evitar a transferência da medicação, orienta-se aplicar o gel em conjunto com um preservativo ou, então, após a aplicação, realizar a lavagem do pênis e a retirada de resíduos. Por conta dos efeitos citotóxicos dos produtos químicos presentes nessas medicações, casais que desejam gestação não devem usá-las.³¹

O spray eutético de lidocaína com prilocaína contém lidocaína a 150 mg/ml e prilocaína 50 mg/ml e foi originalmente desenvolvido para pacientes com ejaculação precoce primária e aprovado para o uso em ejaculação precoce pela agência europeia de saúde em 2013.³⁰ Tem a vantagem de depositar a droga como um filme na glândula, maximizando o bloqueio neural e minimizando a dormência. A dose recomendada são três borrifadas sobre a glândula, ao menos cinco minutos antes do relacionamento sexual. O aumento médio do tempo de latência intravaginal é de 6,3 vezes. Efeitos colaterais são baixos, hipostesia genital em 4% dos homens e cerca de 1% de suas parcerias.³²

O Severance Secrete Cream (SS-Cream) é um agente tópico composto por nove produtos naturais, com ação anestésica tópica e vasoativa que reduz a sensibilidade da glândula. O creme deve ser aplicado no pênis uma hora antes do encontro sexual. A aplicação de 0,2 g do creme tem eficácia de 80% no tratamento da ejaculação precoce, aumentando em 3,5 vezes o tempo de latência intravaginal em comparação com placebo. Efeitos colaterais leves (dor e queimação) foram relatados por 18% dos pacientes. O creme parece ter efeito potencializador sobre a função erétil.^{30,33,34}

CONCLUSÃO

A ejaculação precoce é frequente na população masculina. Possui diversas definições, mas em todas há a necessidade da ocorrência da ejaculação em tempo reduzido, redução ou falta do controle voluntário ejaculatório e consequências psicológicas e sociais negativas. Apesar de haver várias causas, sua etiologia ainda suscita pesquisa. O tratamento medicamentoso, indicado na maioria dos casos, com medicamentos orais ou tópicos, por muitas vezes associado à psicoterapia, é eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Abdo CH. The impact of ejaculatory dysfunction upon the sufferer and his partner. *Transl Androl Urol.* 2016;5(4):460-9. PMID: 27652218; <https://doi.org/10.21037/tau.2016.05.08>.
2. Kempeneers P, Andrienne R, Bauwens S, et al. Functional and psychological characteristics of belgian men with premature ejaculation and their partners. *Arch Sex Behav.* 2013;42(1):51-66. PMID: 22695640; <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9958-y>.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
4. Althof SE, Abdo CHN, Dean J et al. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. *J Sex Med.* 2010;7(9):2947-69. PMID: 21050394; <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01975.x>.
5. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, et al. An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). *Sex Med.* 2014;2(2):60-90. PMID: 25356302; <https://doi.org/10.1002/sm2.28>.
6. Patrick DL, Rowland D, Rothman M. Interrelationships among measures of premature ejaculation: the central role of perceived control. *J Sex Med.* 2007;4(3):780-8. PMID: 17419817; <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00464.x>.
7. Waldinger MD, Schweitzer DH. Differences between ICD-11 MMS and DSM-5 definition of premature ejaculation: a continuation of historical inadequacies and a source of serious misinterpretation by some European Regulatory Agencies (PART 2). *Int J Impot Res.* 2019;31(5):310-8. PMID: 30659291; <https://doi.org/10.1038/s41443-018-0108-5>.

8. Martin-Tuite P, Shindel AW. Management Options for Premature Ejaculation and Delayed Ejaculation in Men. *Sex Med Rev.* 2020;8(3):473-85. PMID: 31668585; <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.09.002>.
9. McMahon CG, Jannini EA, Serefoglu EC, Hellstrom WJG. The pathophysiology of acquired premature ejaculation. *Transl Androl Urol.* 2016;5(4):434-49. PMID: 27652216; <https://doi.org/10.21037/tau.2016.07.06>.
10. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira Junior ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do brasileiro. *Rev Bras Med.* 2002;59(4):250-7.
11. Asimakopoulos AD, Miano R, Agrò EF, Vespasiani G, Spera E. Does current scientific and clinical evidence support the use of phosphodiesterase type 5 inhibitors for the treatment of premature ejaculation? a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2012;9(9):2404-16. PMID: 22248110; <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02628.x>.
12. Puppo V, Sharif H. Premature ejaculation is not a disease. *Int J Urol.* 2017;24(8):641. PMID: 28556270; <https://doi.org/10.1111/iju.13384>.
13. Giuliano F. Neurophysiology of erection and ejaculation. *J Sex Med.* 2011;8:310-5. PMID: 21967393; <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02450.x>.
14. Pavone C, Abbadessa D, Gambino G, Scaduto G, Vella M. Premature ejaculation: Pharmacotherapy vs group psychotherapy alone or in combination. *Arch Ital Urol E Androl.* 2017;89(2):114-9. PMID: 28679182; <https://doi.org/10.4081/aiua.2017.2.114>.
15. Siroosbakht S, Rezakhaniha S, Rezakhaniha B. Which of available selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) is more effective in treatment of premature ejaculation? A randomized clinical trial. *Int Braz J Urol.* 2019;45(6):1209-15. PMID: 31808410; <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2019.0121>.
16. Waldinger MD. Drug treatment options for premature ejaculation. *Expert Opin Pharmacother.* 2018;19(10):1077-85. PMID: 30028639; <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1494725>.
17. Salem AM, Kamel II, Rashed LA, GamalEl Din SF. Effects of paroxetine on intravaginal ejaculatory latency time in Egyptian patients with lifelong premature ejaculation as a function of serotonin transporter polymorphism. *Int J Impot Res.* 2017;29(1):7-11. PMID: 27679962; <https://doi.org/10.1038/ijir.2016.36>.
18. McMahon C, Kim SW, Park NC, et al. Treatment of premature ejaculation in the Asia-Pacific region: results from a phase iii double-blind, parallel-group study of dapoxetine. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 1):256-68. PMID: 19878447; <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01560.x>.
19. Buvat J, Tesfaye F, Rothman M, Rivas DA, Giuliano F. Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries. *Eur Urol.* 2009;55(4):957-67. PMID: 19195772; <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.01.025>.
20. Balon R. Burden of Sexual Dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 2017;43(1):49-55. PMID: 26683616; <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113597>.
21. Hisasue S. The drug treatment of premature ejaculation. *Transl Androl Urol.* 2016;5(4):482-6. PMID: 2765222; <https://doi.org/10.21037/tau.2016.06.10>.
22. Saitz TR, Serefoglu EC. Advances in understanding and treating premature ejaculation. *Nat Rev Urol.* 2015;12(11):629-40. PMID: 26502991; <https://doi.org/10.1038/nrurol.2015.252>.
23. Choi JB, Kang SH, Lee DH, et al. Efficacy and Safety of On Demand Clomipramine for the Treatment of Premature Ejaculation: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Phase III Clinical Trial. *J Urol.* 2019;201(1):147-52. PMID: 30086277; doi: <https://doi.org/10.1016/j.juro.2018.07.089>.
24. Bar-Or D, Salottolo KM, Orlando A, Winkler JV; Tramadol ODT Study Group. A randomized double-blind, placebo-controlled multicenter study to evaluate the efficacy and safety of two doses of the tramadol orally disintegrating tablet for the treatment of premature ejaculation within less than 2 minutes. *Eur Urol.* 2012;61(4):736-43. PMID: 21889833; <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2011.08.039>.
25. Gameel T, Tawfeek A, Abou Farha M, et al. 184 On-demand use of Tramadol, Sildenafil, Paroxetine and Local Anaesthetics for the Management of Premature Ejaculation: A Randomized Placebo-controlled Clinical Trial. *J Sex Med.* 2018;15(2 Suppl 1):S57. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.143>.
26. Martyn-St James M, Cooper K, Ren S, et al. Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors for Premature Ejaculation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol Focus.* 2017;3(1):119-29. PMID: 28720356; <https://doi.org/10.1016/j.euf.2016.02.001>.
27. Morales A, Barada J, Wyllie MG. A review of the current status of topical treatments for premature ejaculation. *BJU Int.* 2007;100(3):493-501. PMID: 17608824; <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.07051.x>.
28. Busato W, Galindo CC. Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *BJU Int.* 2004;93(7):1018-21. PMID: 15142155; <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2003.04773.x>.
29. Xia JD, Han YF, Zhou LH, Chen Y, Dai YT. Efficacy and safety of local anaesthetics for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Asian J Androl.* 2013;15(4):497-502. PMID: 23708465; <https://doi.org/10.1038/aja.2012.174>.
30. Porst H, Burri A. Novel Treatment for Premature Ejaculation in the Light of Currently Used Therapies: A Review. *Sex Med Rev.* 2019;7(1):129-40. PMID: 30057136; <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.05.001>.
31. Sutton M, Hunn C, Summers-Colquitt RB, et al. Promescent Has a Cytotoxic Impact on Fresh Human Sperm In Vitro. *Urology.* 2018;114:95-8. PMID: 29307732; <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.12.027>.
32. Porst H, Burri A. Fortacin™ Spray for the Treatment of Premature Ejaculation. *Urologia.* 2017;84(2_suppl):1-10. PMID: 30047847; <https://doi.org/10.5301/uj.5000275>.
33. Xin ZC, Choi YD, Lee WH, et al. Penile vibratory threshold changes with various doses of SS-cream in patients with primary premature ejaculation. *Yonsei Med J.* 2000;41(1):29-33. PMID: 10731916; <https://doi.org/10.3349/ymj.2000.41.1.29>.
34. Butcher MJ, Zubert T, Christiansen K, et al. Topical Agents for Premature Ejaculation: A Review. *Sex Med Rev.* 2020;8(1):92-9. PMID: 30987933; <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.03.003>.

Circunferência da panturrilha como preditor de ausência de sarcopenia em idosos institucionalizados. Um estudo transversal

Rafael Benito Manciniⁱ, João Pedro da Silva Junior^l, Timoteo Leandro Araujoⁱⁱ, Victor Keihan Rodrigues Matsudoⁱⁱⁱ, Sandra Mahecha Matsudo^{vi}

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil

RESUMO

Introdução: A sarcopenia é caracterizada pela redução da massa muscular que acontece durante o processo de envelhecimento, e a circunferência da panturrilha tem sido utilizada para determinar esse desfecho em diversos estudos. **Objetivo:** Determinar o ponto de corte da circunferência da panturrilha como preditor de ausência de sarcopenia em idosos institucionalizados. **Desenho e local:** Estudo transversal conduzido em Instituições de Longa Permanência para Idosos de São Caetano do Sul. **Métodos:** Foram avaliados 139 idosos institucionalizados de São Caetano do Sul. A sarcopenia foi caracterizada pela reduzida massa muscular combinada com reduzida força muscular e utilizou-se a circunferência da panturrilha como preditor de ausência de sarcopenia. A definição do ponto de corte da circunferência da panturrilha foi determinada por meio da curva característica de operação do receptor (Receiver Operating Characteristic, ROC). Foi identificada a área total e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) sob a curva ROC, além da sensibilidade e especificidade entre a circunferência da panturrilha e a ausência de sarcopenia. **Resultados:** A área da curva ROC foi de 0,83 (IC 95%: 0,70-0,96) para os homens e 0,84 (IC 95%: 0,74-0,93) para as mulheres. O ponto de corte na circunferência da panturrilha foi de 28,9 cm para os homens e 28,7 cm para as mulheres, apresentando sensibilidade de 86% e especificidade de 71% nos homens e 82% de sensibilidade e 70% de especificidade nas mulheres. **Conclusão:** O ponto de corte apresentado é um importante preditor de ausência de sarcopenia em idosos institucionalizados, medida de baixo custo e alta aplicabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Sarcopenia, aptidão física, envelhecimento, autonomia pessoal, instituição de longa permanência para idosos

ⁱMestres em Saúde Coletiva, Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil.

ⁱⁱProfissional de Educação Física, Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), São Paulo (SP), Brasil.

ⁱⁱⁱLivre-docente da Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Diretor Científico do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil.

^{iv}Pós-doutorado da Escola Paulista de Medicina, Facultad de Ciencias Universidad Mayor, Chile. Centro de Investigación en Medicina, Ejercicio, Deporte y Salud, Clínica MEDS, Chile.

Editor responsável por esta seção:

Victor Keihan Rodrigues Matsudo. Livre-docente da Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Diretor Científico do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), São Caetano do Sul (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Rafael Benito Mancini

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) — www.celafiscs.org.br

R. Santo Antônio, 50 — Sala 505 — Centro, São Caetano do Sul (SP) — CEP 09520-320

Tel. (11) 4229-8980/4229-9643 — E-mail: celafiscs.mancini@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum declarado.

Entrada: 21 de outubro de 2020. Última modificação: 28 de outubro de 2020. Aceite: 30 de outubro de 2020.

INTRODUÇÃO

A sarcopenia está relacionada com a redução da massa muscular que ocorre durante o processo de envelhecimento.¹ Essa condição clínica está associada ao desenvolvimento de habilidades funcionais entre os idosos, deixando-os mais susceptíveis a dependência nas realizações das atividades da vida diária, perda de autonomia, quedas e mortalidade.²⁻⁴

A absorptometria radiológica de dupla energia (dual energy X-ray absorptiometry, DXA) e a bioimpedância elétrica (BIA) são métodos comuns para avaliar a massa muscular.⁵ Entretanto, esses métodos são de difícil acesso, alto custo e apresentam algumas limitações na utilização em idosos. Por outro lado, medidas antropométricas, como a circunferência da panturrilha, que é uma técnica não invasiva, de alta aplicabilidade e de baixo custo, são bem utilizadas na literatura para determinar o estado nutricional e sarcopenia em idosos.^{6,7}

Por essa razão, a circunferência da panturrilha está sendo utilizada para rastrear o estado nutricional e determinar relações com o declínio físico, fragilidade e sarcopenia em idosos.^{8,9} A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugeriu o uso da circunferência da panturrilha como marcador de massa muscular em idosos. Pesquisas realizadas em 55 países europeus mostraram que o uso da circunferência da panturrilha como índice de massa muscular foi mais frequente do que o diagnóstico por imagem como DXA ou tomografia computadorizada em ambiente de atenção primária.^{6,10}

Embora os resultados demonstrem que a circunferência da panturrilha tem boa capacidade preditiva na diminuição da massa muscular, os diferentes pontos de corte disponíveis na literatura dificultam a tomada de decisão pelos profissionais na prática clínica. Os pontos de corte descritos na literatura variam de acordo com a região, etnia, ambiente e sexo, tornando-se difícil encontrar um padrão.

Nesse sentido, investigar esta temática em idosos institucionalizados no Brasil se torna importante para auxiliar os profissionais que atuam nessas instituições.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo determinar um ponto de corte para a circunferência da panturrilha como preditor de ausência de sarcopenia em idosos institucionalizados em seis instituições de longa permanência para idosos filantrópicas no município de São Caetano do Sul.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

O delineamento do estudo foi transversal, com amostra por conveniência, analisando os resultados coletados entre

abril e maio de 2012 na fase inicial do “Projeto de Intervenção de Atividade Física em Instituições de Longa Permanência para Idosos de São Caetano do Sul”, coordenado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS).

Instituições de longa permanência para idosos de São Caetano do Sul

São Caetano do Sul possuía 16 instituições de longa permanência para idosos em 2012, das quais 10 eram instituições privadas e 6 eram filantrópicas. Essas instituições atendiam uma população de cerca de 2.000 a 3.000 idosos, o que corresponde a aproximadamente 10% da população idosa do município.

O município de São Caetano do Sul apoiava algumas instituições de longa permanência para idosos que eram de caráter filantrópico. Dessa maneira, como o projeto foi realizado em parceria com o município, todas as instituições que recebiam apoio de São Caetano do Sul foram atendidas. Assim, foram incluídas neste estudo todas as instituições de longa permanência para idosos filantrópicas, totalizando seis instituições. Das seis instituições, duas abrigavam somente mulheres, uma somente homens e três atendiam ambos os sexos.

Crítérios para seleção de participantes

Os critérios de inclusão da amostra foram: a) Homens e mulheres moradores de instituições de longa permanência para idosos filantrópicas de São Caetano do Sul; b) Ter idade igual ou acima de 60 anos e c) Estado cognitivo, físico e funcional que garantisse o entendimento das avaliações e a execução de testes e medidas. Os critérios de exclusão da amostra foram: a) Incapacidade total de deambular (indivíduos acamados ou em cadeiras de rodas) e b) Alterações cognitivas graves.

Coleta de dados

Para realização do estudo foi realizado agendamento prévio por telefone com o responsável pela instituição e, posteriormente, contato via e-mail com as informações sobre a coleta de dados e agendamento de datas e horários das avaliações, levando em consideração a rotina de cada instituição. A coleta de dados foi realizada pela equipe de pesquisadores do CELAFISCS, compostos por profissionais de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas e médicos que foram previamente treinados na avaliação física e capacidade funcional de idosos. Em todas as avaliações, havia no mínimo dois coordenadores responsáveis pelo projeto.

Variável sarcopenia

Para determinar a sarcopenia, foi utilizado o critério revisado e sugerido em 2019 pelo European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP). O diagnóstico de

sarcopenia foi caracterizado pela reduzida força muscular combinada com reduzida massa muscular.¹¹

Massa muscular

A massa muscular total foi estimada pela equação desenvolvida por Lee e cols.:¹² massa muscular total = $0,244 \times \text{peso} + 7,80 \times \text{altura} + 6,6 \times \text{sexo} - 0,098 \times \text{idade} + \text{raça} - 3,3$.

O peso corporal foi utilizado em quilograma, a estatura em metros e a idade em anos. Foi atribuído 0 para mulheres e 1 para homens, para asiáticos -1,2, para negros 1,4 e 0 para brancos. Essa equação foi validada para a população brasileira usando DEXA como “padrão ouro” e sua correlação com a equação foi de $R = 0,86$ para homens e $R = 0,90$ para mulheres. O valor preditivo entre DEXA e a equação foi considerado forte ($K = 0,74$; $P < 0,001$) com alta sensibilidade (89%) e especificidade (86%).¹³

A equação foi ajustada dividindo pela estatura ao quadrado, criando um índice de massa muscular total. O ponto de corte utilizado para determinar uma reduzida massa muscular foi $\leq 5,75 \text{ kg/m}^2$ para mulheres e $\leq 8,50 \text{ kg/m}^2$ para homens.¹⁴

Força muscular

Preensão manual: foi medida por dinamômetro de preensão manual ajustável (Takei TK005, Tokyo, Japan). O avaliado coloca-se na posição ortostática e após o ajuste para o tamanho da mão e com os ponteiros na escala zero, o aparelho é segurado confortavelmente na linha do antebraço, ficando paralelo ao eixo longitudinal do corpo. Foram realizadas duas tentativas em cada mão, alternando entre as mãos direita e esquerda. O resultado desse teste é expresso em quilogramas (kg), utilizando o maior valor obtido. Para classificar os idosos com baixa força muscular, utilizamos os pontos de corte de acordo com o índice de massa corporal levando em consideração o sexo.¹⁵

Variáveis antropométricas

Índice de massa corporal: foram aferidas as medidas de peso corporal (kg), estatura (cm) e calculou-se o índice de massa corporal (kg/m^2) dos participantes do estudo.

Circunferência de panturrilha: foi medida com o indivíduo na posição em pé, com o peso corporal distribuído entre as pernas. A fita métrica foi colocada na maior circunferência da panturrilha, de modo que ficava perpendicular ao eixo longitudinal da perna. Foram realizadas três medidas, sendo utilizada a média dos resultados.

Outras variáveis

As outras variáveis utilizadas foram as características demográficas e de consumo de medicamentos, incluindo sexo, idade e tempo de institucionalização. O número de medicamentos foi avaliado por meio dos registros das instituições e mensurado na forma de anos completos na data da avaliação,

data de nascimento e período de admissão na instituição de longa permanência para idosos.

Análise estatística

Após a avaliação dos participantes, todas as informações foram revisadas. Posteriormente, foi realizada a digitação dos dados no programa Microsoft Access (versão 2010). Para análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS versão 20.0 (IBM, Estados Unidos).

As variáveis descritivas apresentadas foram: média, desvio padrão, frequência e porcentagem para as variáveis categóricas. Para comparação das variáveis descritivas de acordo com sexo, foi utilizado o teste T de Student, com nível de significância de $P < 0,05$ adotado.

A definição do ponto de corte da circunferência da panturrilha foi determinada através das curvas ROC. Foi identificada a área total e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) sob a curva ROC, além da sensibilidade e da especificidade, entre a circunferência da panturrilha e a ausência de sarcopenia. Quanto maior a área sob a curva ROC, maior o poder preditivo entre as medidas propostas.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul e foi autorizado em 17 de junho de 2013 sob o número de protocolo 310.381. Para participação no projeto, os diretores das instituições de longa permanência assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e autorizaram a coleta de dados dos moradores de suas instituições.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 139 idosos, sendo que a maior parte eram mulheres ($n = 89$), a média de idade do grupo foi de 71,1 anos. O tempo de institucionalização, o número de medicamentos consumidos, o índice de massa corporal e a circunferência da panturrilha foram semelhantes entre homens e mulheres. Os homens apresentaram maiores valores médios da força de preensão manual e maior índice de massa muscular total (**Tabela 1**).

Das duas condições clínicas analisadas, a reduzida força de preensão manual apresentou maior prevalência (62% nos homens e 57% nas mulheres), seguida pelo reduzido índice de massa muscular total (24% nos homens e 31% nas mulheres). Como critério, utilizamos a reduzida força muscular associada à reduzida massa muscular para determinar a sarcopenia, de tal modo que esteve presente em 20% dos homens e em 25% das mulheres (**Tabela 2**).

A definição do ponto de corte da circunferência da panturrilha foi determinada através das curvas ROC de acordo com

o sexo. A área da curva ROC foi de 0,83 (IC 95%: 0,70-0,96) para os homens e 0,84 (IC 95%: 0,74-0,93) para as mulheres. O ponto de corte na circunferência da panturrilha foi de 28,9 cm para os homens e 28,7 cm para as mulheres, apresentando sensibilidade de 86% e especificidade de 71% nos homens e 82% de sensibilidade e 70% de especificidade nas mulheres (**Tabela 3**).

Tabela 1. Características gerais dos idosos moradores de seis instituições de longa permanência para idosos filantrópicas do município de São Caetano do Sul (SP), Brasil

Variável	Masculino (n = 50)		Feminino (n = 89)		P
	Média	DP	Média	DP	
Tempo de institucionalização (anos)	4,57	5,14	4,21	4,80	0,673
Consumo de medicamentos (número)	4,76	2,64	5,37	3,17	0,174
Índice de massa corporal (kg/m ²)	24,96	4,55	26,64	6,47	0,082
Circunferência da panturrilha (cm)	31,89	3,49	31,01	4,40	0,128
Preensão manual (kg)	27,33	9,20	16,13	6,07	< 0,001
Índice massa muscular total (kg/m ²)	9,52	1,19	6,72	1,84	< 0,001

Valores de média e desvio padrão e comparações entre os sexos.

DP = desvio padrão.

Tabela 2. Descrição dos critérios para diagnosticar sarcopenia em idosos moradores de seis instituições de longa permanência para idosos filantrópicas do município de São Caetano do Sul (SP), Brasil

Variável	Masculino (n = 50)		Feminino (n = 89)		
	%	n	%	n	
Força de preensão manual (kg)					
	Reduzida	62	31	57	51
	Normal	38	19	43	38
Índice de massa muscular total (kg/m ²)					
	Reduzido	24	12	31	28
	Normal	76	38	69	61
Sarcopenia					
	Sim	20	10	25	22
	Não	80	40	75	77

Tabela 3. Ponto de corte da circunferência da panturrilha para ausência de sarcopenia em idosos moradores de seis instituições de longa permanência para idosos filantrópicas do município de São Caetano do Sul (SP), Brasil

	Área	IC 95%	Centímetros	Sensibilidade	Especificidade
Homens	0,83	0,70-0,96	28,9	86%	71%
Mulheres	0,84	0,74-0,93	28,7	82%	70%

IC = intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

O ponto de corte observado para a circunferência da panturrilha como preditor de ausência de sarcopenia foi de 28,9 cm nos homens e 28,7 cm nas mulheres, apresentando ainda alta sensibilidade e especificidade nas análises. Seguindo os critérios para determinar a sarcopenia do presente estudo, os resultados indicaram que 8,6 a cada 10 homens idosos institucionalizados e 8,2 a cada 10 mulheres idosas institucionalizadas apresentaram circunferência da panturrilha maior.

Os valores de ponto de corte da circunferência da panturrilha que são úteis para indicar massa muscular reduzida podem variar por etnia, ambiente e região geográfica. A maioria dos estudos que utilizaram um ponto de corte para diagnosticar a sarcopenia foi realizada em idosos que viviam na comunidade. Porém, um estudo chinês em idosos hospitalizados maiores de 80 anos encontrou que 27 cm seria o ponto de corte para risco nutricional.¹⁶

A literatura apresenta diversos estudos de diferentes regiões. Um estudo brasileiro envolvendo adultos e idosos da comunidade de 60-69 anos e um estudo japonês com indivíduos de 40-89 anos sugeriram valores de corte de 34 cm para homens e 33 cm para mulheres,^{9,17} enquanto um estudo francês envolvendo mulheres da comunidade com idade superior a 70 anos sugeriu 31 cm como valor de corte para o diagnóstico de sarcopenia, mesmo valor utilizado para idosos mexicanos e turcos.^{18,19} Outro estudo realizado na Turquia, mostrou que 33 cm para ambos os sexos seria o ponto de corte para diagnóstico de sarcopenia. Foi observado nesse estudo que a sarcopenia esteve presente em 20% dos homens idosos e em 25% das mulheres idosas institucionalizadas.²⁰

Estudo prévio na Itália com idosos institucionalizados apresentaram resultados semelhantes a este estudo: 32,8% de prevalência de sarcopenia nos idosos institucionalizados.²¹ Um estudo realizado no Brasil, seguindo os mesmos critérios para determinar a massa muscular, encontrou 72,2% de sarcopenia entre os idosos institucionalizados.²² Em outro estudo, realizado na Espanha, a sarcopenia esteve presente em 63% dos idosos institucionalizados.²³ A prevalência de sarcopenia no Vietnã foi de 40,5%, seguindo o mesmo critério em idosos que vivem nos hospitais geriátricos.²⁴

Uma revisão sistemática e metanálise demonstrou a prevalência de sarcopenia em todo o mundo. A estimativa geral

de prevalência foi de 10% (IC 95%: 8%-12%) em homens e 10% (IC 95%: 8%-13%) em mulheres, respectivamente. A prevalência foi maior entre os não asiáticos do que nos asiáticos de ambos os sexos, especialmente quando a análise de BIA foi usada para medir a massa muscular (19% *versus* 10% em homens; 20% *versus* 11% em mulheres).²⁵

A avaliação da sarcopenia realizada neste estudo utilizou o critério sugerido pelo consenso europeu, que inclui uma medida de massa muscular associada a uma medida de força muscular. Dessa forma, tornam-se coerentes os presentes resultados, visto que a diminuição da massa muscular acompanha algumas alterações nos sistemas neuromusculares.¹

É importante ressaltar que a classificação da massa muscular foi obtida por meio de uma equação, sendo essa a maior limitação deste estudo. Entretanto, outros estudos já utilizaram essa equação.²⁶ Outra limitação foi a não inclusão das instituições privadas do município neste estudo, pelo fato de que poderia apresentar outro perfil de medidas entre os idosos. Ainda tivemos outra limitação: a não estratificação dos idosos por doenças ou condições negativas à saúde.

Por um lado, o delineamento transversal impossibilitou estabelecer a relação causa-efeito entre as variáveis independentes e a variável dependente. Por outro lado, os resultados do presente estudo foram semelhantes aos encontrados na

literatura. Sendo assim, sugerimos a realização de estudos longitudinais para verificar o efeito das variáveis analisadas no presente estudo.

A relevância de trabalhos como este, em que incluímos seis instituições de longa permanência para idosos filantrópicas deve ser citada, partindo da dificuldade em avaliar com medidas e testes funcionais os idosos institucionalizados. Ao nosso conhecimento, este é o primeiro estudo realizado no Brasil que propõe uma medida de circunferência da panturrilha para determinar a sarcopenia em idosos institucionalizados. A inclusão de todos os possíveis idosos no estudo foi um fator positivo para a identificação da sarcopenia para planos de ações na prática profissional, tendo em vista que as intervenções nesse grupo foram realizadas de maneira multidisciplinar, e que geralmente essa parcela da população não dispunha de recursos financeiros e tecnológicos para identificar esse problema de saúde pública.

CONCLUSÃO

Concluímos que o ponto de corte apresentado é um importante preditor de ausência de sarcopenia em idosos institucionalizados, além de ser uma medida de baixo custo, de rápida mensuração e de alta aplicabilidade.

REFERÊNCIAS

1. Roubenoff R, Hughes VA. Sarcopenia: current concepts. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000;55(12):M716-24. PMID: 11129393; <https://doi.org/10.1093/gerona/55.12.M716>.
2. Janssen I, Shepard DS, Katzmarzyk PT, Roubenoff R. The healthcare costs of sarcopenia in the United States. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(1):80-5. PMID: 14687319; <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52014.x>.
3. Visser M, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, et al. Muscle mass, muscle strength, and muscle fat infiltration as predictors of incident mobility limitations in well-functioning older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(3):324-33. PMID: 15860469; <https://doi.org/10.1093/gerona/60.3.324>.
4. Landi F, Liperoti R, Fusco D, et al. Sarcopenia and mortality among older nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(2):121-6. PMID: 21856243; <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.07.004>.
5. Tengvall M, Ellegard L, Malmros V, et al. Body composition in the elderly: reference values and bioelectrical impedance spectroscopy to predict total body skeletal muscle mass. *Clin Nutr*. 2009;28(1):52-8. PMID: 19010572; <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.10.005>.
6. World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. World Health Organization: Geneva; 1995. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accessed in 2020 (Oct 26).
7. Kim H, Suzuki T, Kim M, et al. Incidence and predictors of sarcopenia onset in community-dwelling elderly Japanese women: 4-year follow-up study. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(1):85.e1-8. PMID: 25458445; <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.10.006>.
8. Hsu WC, Tsai AC, Wang JY. Calf circumference is more effective than body mass index in predicting emerging care-need of older adults - Results of a national cohort study. *Clin Nutr*. 2016;35(3):735-40. PMID: 26093536; <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.05.017>.
9. Kawakami R, Murakami H, Sanada K, et al. Calf circumference as a surrogate marker of muscle mass for diagnosing sarcopenia in Japanese men and women. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(8):969-76. PMID: 25243821; <https://doi.org/10.1111/ggi.12377>.
10. Bruyère O, Beudart C, Reginster JY, et al. Assessment of muscle mass, muscle strength and physical performance in clinical practice: An international survey. *Eur Geriatr Med*. 2015;7(3):3. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.12.009>.
11. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. PMID: 30312372; <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>.

12. Lee RC, Wang Z, Heo M, et al. Total-body skeletal muscle mass: development and cross-validation of anthropometric prediction models. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(3):796-803. PMID: 10966902; <https://doi.org/10.1093/ajcn/72.3.796>.
13. Rech CR, Dellagrana RA, Marucci MFN, Petroski EL. Validity of anthropometric equations for the estimation of muscle mass in the elderly [Validade de equações antropométricas para estimar a massa muscular em idosos]. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2012;14(1):23-31. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2012v14n1p23>.
14. Janssen I, Baumgartner RN, Ross R, Rosenberg IH, Roubenoff R. Skeletal muscle cutpoints associated with elevated physical disability risk in older men and women. *Am J Epidemiol.* 2004;159(4):413-21. PMID: 14769646; <https://doi.org/10.1093/aje/kwh058>.
15. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *T J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-56. PMID: 11253156; <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
16. Zhang XY, Zhang XL, Zhu YX, et al. Low Calf Circumference Predicts Nutritional Risks in Hospitalized Patients Aged More Than 80 Years. *Biomed Environ Sci.* 2019;32(8):571-7. PMID: 31488233; <https://doi.org/10.3967/bes2019.075>.
17. Pagotto V, Santos KFD, Malaquias SG, Bachion MM, Silveira EA. Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):322-8. PMID: 29412289; <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0121>.
18. Velazquez-Alva MC, Irigoyen Camacho ME, Lazarevich I, et al. Comparison of the prevalence of sarcopenia using skeletal muscle mass index and calf circumference applying the European consensus definition in elderly Mexican women. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(1):161-70. PMID: 26534889; <https://doi.org/10.1111/ggi.12652>.
19. Akin S, Mucuk S, Öztürk A, et al. Muscle function-dependent sarcopenia and cut-off values of possible predictors in community-dwelling Turkish elderly: calf circumference, midarm muscle circumference and walking speed. *Eur J Clin Nutr.* 2015;69(10):1087-90. PMID: 25782425; <https://doi.org/10.1038/ejcn.2015.42>.
20. Bahat G, Tufan A, Tufan F, et al. Cut-off points to identify sarcopenia according to European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) definition. *Clin Nutr.* 2016;35(6):1557-63. PMID: 26922142; <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.002>.
21. Landi F, Liperoti R, Fusco D, et al. Prevalence and risk factors of sarcopenia among nursing home older residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2012;67(1):48-55. PMID: 21393423; <https://doi.org/10.1093/gerona/glr035>.
22. Mesquita AF, Silva ECD, Eickemberg M, et al. Factors associated with sarcopenia in institutionalized elderly. *Nutri Hosp.* 2017;34(2):345-51. PMID: 28421788; <https://doi.org/10.20960/nh.427>.
23. Rodríguez-Rejón AI, Ruiz-López MD, Artacho Martín-Lagos R. Diagnóstico y prevalencia de sarcopenia en residencias de mayores: EWGSOP2 frente al EWGSOP1 [Diagnosis and prevalence of sarcopenia in long-term care homes: EWGSOP2 versus EWGSOP1]. *Nutri Hosp.* 2019;36(5):1074-80. PMID: 31516007; <https://doi.org/10.20960/nh.02573>.
24. Nguyen TN, Nguyen TN, Nguyen AT, et al. Prevalence of sarcopenia and its associated factors in patients attending geriatric clinics in Vietnam: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2020;10(9):e037630. PMID: 32948562; <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037630>.
25. Shafiee G, Keshtkar A, Soltani A, et al. Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and meta-analysis of general population studies. *J Diabetes Metab Disord.* 2017;16:21. PMID: 28523252; <https://doi.org/10.1186/s40200-017-0302-x>.
26. Alexandre Tda S, Duarte YA, Santos JL, Wong R, Lebrão ML. Sarcopenia according to the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) versus dynapenia as a risk factor for mortality in the elderly. *J Nutr Health Aging.* 2014;18(8):751-6. PMID: 25286455; <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0540-2>.

Resumos premiados do XLI Congresso Acadêmico Médico José Carlos Prates — Curso de Medicina da Universidade de Santo Amaro (UNISA)

Realizado de 26 a 30 de outubro de 2020 em São Paulo (SP), Brasil



UNISA
Universidade Santo Amaro

Apoio:



easysuture
.com.br



medway



Gestação por homens trans: do planejamento familiar ao pós-parto

Beatriz Gianini Knudsen, Victória Simões Tchorbadian, Yasmin Erlichman Manganelli Junqueira, Maria Cândida Pinheiro Baracat

Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo (SP), Brasil

Introdução: Homens trans são indivíduos designados mulheres ao nascimento, mas que se identificam com gênero masculino. No Brasil, possuem direito a atendimento integral, com acolhimento e acesso aos serviços do SUS (Sistema Único de Saúde); englobando o uso do nome social, hormonioterapia e cirurgias de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social. Entretanto, ainda enfrentam dificuldades, principalmente se tratando de homens trans gestantes ou com desejo de gestar. **Objetivo:** Compreender como deve ser realizado o atendimento e acolhimento do homem trans na gestação, desde o planejamento familiar ao pós-parto, incluindo possíveis influências da hormonioterapia e cirurgias de adequação. **Métodos:** Revisão bibliográfica nas bases de dados SciELO e PubMed, além dos boletins epidemiológicos e diretrizes do Ministério da Saúde, no período de 1991 a 2020, em língua portuguesa e inglesa. **Discussão e resultados:** É recomendada a cessação temporária da hormonioterapia durante as tentativas de engravidar e período de amamentação, devido a possíveis efeitos teratogênicos, e por poder inibir a lactação. Mesmo após mastectomia e/ou determinadas cirurgias de transgenitalização, a concepção e amamentação mostraram-se possíveis em certos casos. Homens trans desejam filhos, estão aptos a conceber, gestar e dar à luz, entretanto enfrentam dificuldades como preconceito, falta de informação de profissionais, além de escassez de dados acerca dos efeitos ginecológicos e obstétricos da terapia hormonal e de procedimentos cirúrgicos nesses indivíduos. **Conclusão:** Estudos futuros sobre as repercussões ginecológicas e obstétricas dos processos de afirmação de gênero são necessários. Conclui-se que homens trans são capazes de gestar e devem ser acompanhados integralmente.

Descritores: Androgênios, gravidez, gravidez de alto risco, transexualidade, testosterona.

Agravos psicopatológicos em mulheres vítimas de violência

Luiza Veites, Daniela Pedroso, Cintia Leci Rodrigues, Jane de Eston Armond

Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo (SP), Brasil

Introdução: A carência de estudos abordando a violência sexual contra a mulher, seus fatores de risco e consequências psicológicas específicas, deixa lacuna entre o conhecimento científico e a demanda clínica. **Objetivo:** Investigar os fatores associados à ocorrência de violência sexual e à presença de sintomatologia do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e depressão em mulheres vítimas de violência. **Métodos:** Mulheres vítimas de violência sexual que procuraram atendimento no Hospital Pérola Byington da cidade de São Paulo, entre os dias 26 e 30 de março de 2018, foram convidadas a participar do estudo. Os seguintes instrumentos foram aplicados individualmente às participantes: Questionário de indicadores sociais; Inventário de Depressão de Beck (BDI); Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas; Instrumento de Rastreamento para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS). **Resultados:** As 30 mulheres participantes do estudo foram divididas em dois grupos: Grupo I, composto por mulheres vítimas de violência sexual por autor conhecido (43%); e Grupo II, composto por mulheres vítimas de violência sexual praticada por autor desconhecido (57%). Os resultados mostraram maior ocorrência de depressão severa no

Grupo II e identificaram que 92% das mulheres do Grupo I e 82% das mulheres do Grupo II apresentaram sintomas compatíveis com TEPT. **Conclusão:** A melhor compreensão do perfil das mulheres agredidas auxilia os profissionais da saúde e segurança pública a identificar precocemente aquelas em situação de risco, guiando a formulação de políticas preventivas; e o conhecimento dos agravos psicopatológicos específicos desenvolvidos permite sua melhor abordagem clínica.

Descritores: Violência contra a mulher, delitos sexuais, violência de gênero, transtornos de estresse pós-traumáticos, depressão.

O uso do sulfato de magnésio na anestesia

Luiza Prado Durante (Durante LP), Gabriela Guirelli Lombardi (Lombardi GG), Andressa Dib (Dib A), Guilherme Erdmann da Silveira (da Silveira GE)

Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo (SP), Brasil

Introdução: O magnésio é um cátion intracelular, absorvido pelo trato gastrointestinal através da dieta e regulado pelos rins. O sulfato de magnésio possui inúmeras aplicações, não só no meio anestésico, mas também na obstetrícia e na cardiologia. **Objetivo:** Analisar de forma ampla os efeitos do uso do sulfato de magnésio na anestesia, conhecendo seus mecanismos de ação, efeitos adversos, interações medicamentosas e sua farmacologia. **Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa. Foram selecionados artigos entre o período de 2010 a 2020, nas bases de dados SciELO, PubMed, Google Acadêmico, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Elsevier. **Discussão:** O sulfato de magnésio pode ser administrado via oral, intramuscular, intraóssea ou endovenosa, possuindo tempo de ação de 30 minutos e pico a partir de 10 minutos no organismo. Atua bloqueando os receptores N-Metil-D-Aspartato do glutamato e inibindo a liberação de acetilcolina na junção neuromuscular, promovendo ações analgésicas, anticonvulsivantes, sedativas e o relaxamento muscular. Assim, facilita a intubação traqueal e a redução de fármacos, proporcionando melhores condições cirúrgicas. Ademais, bloqueia os canais de cálcio, inibe a liberação de catecolaminas e enzima conversora de angiotensina e aumenta a síntese de prostacilinas. Também pode ser utilizado no controle e manejo das crises convulsivas na pré-eclâmpsia e eclâmpsia, e como antiarrítmico. Deve-se monitorar o magnésio sérico e se atentar aos sinais de intoxicação, como a perda do reflexo patelar, para o manejo adequado. **Conclusão:** O sulfato de magnésio tornou-se um medicamento cada vez mais utilizado, deixando evidente que suas ações são importantes e benéficas em diversas áreas da medicina.

Descritores: Sulfato de magnésio, anestesia, farmacologia magnésio, relaxamento muscular.

Apendicectomia em recém-nascido de 14 dias: relato de caso

Carla Micaele de Freitas, Giovanna Monteiro Marçola, Daniele de Freitas Calou, Eric Shigueo Boninsenha Kunizaki, Naim Carlos Elias, Juliana Paula Geissler, Bernardo Mazzini Ketter, Ivlaçir Idilhermano Vasques Silva

Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo (SP), Brasil

Introdução: A apendicite neonatal (AN) é rara e de difícil diagnóstico. A sintomatologia é inespecífica, com incidência de 0,04-0,2% e mortalidade de 28%-80%, podendo se tratar de enterocolite necrosante (NEC) com perfuração única de apêndice, principal diagnóstico diferencial. A AN é incomum devido aos fatores protetores, decúbito, formato em funil do apêndice, absorção quase completa do leite materno. **Objetivo:** Relatar um caso de apendicectomia neonatal. **Métodos:** Coleta de dados no prontuário e revi-

são bibliográfica na base de dados SciELO, PubMed. **Descrição do caso:** Menino, 14 dias de vida, gemelar, pré-termo 34 2/7, parto vaginal, baixo peso, nascido cianótico e hipotônico, recebeu estímulo com resposta e boa aceitação ao seio. No quinto dia de nascimento, apresentou vômito leitoso e distensão abdominal. A radiografia abdominal revelou distensão com edema das alças. Com a hipótese de enterocolite, o tratamento clínico foi iniciado. Manteve a distensão e a baixa aceitação alimentar. No décimo quarto dia, apresentou hiperemia periumbilical e flanco direito doloroso, instável hemodinamicamente e foi indicada laparotomia exploradora. No intraoperatório identificou-se apêndice perfurado, sendo realizada apendicectomia a Parker-Kerr, ileostomia em alça e biópsia de colón, descartando-se aganglionose colônica. No exame anatomopatológico foi diagnosticado apendicite aguda. **Discussão:** Ayşe Karaman e cols. avaliaram a mortalidade neonatal em três períodos: 1901-1975 (78%), 1976-1984 (33%) e 1985-2003 (28%). A taxa de mortalidade é elevadíssima se comparado aos adultos, que é menor que 1%. Atribui-se essa redução aos avanços na terapia antimicrobiana e nos métodos diagnósticos. O diagnóstico tardio, a perfuração, a imaturidade do sistema imune e a baixa reserva, contribuem para a mortalidade. O diagnóstico é tardio no intraoperatório, preconizando-se apendicectomia. Não há parâmetros que diferenciam AN da NEC isolada do apêndice, pois não há distinção histológica. **Conclusão:** A evolução da AN em prematuro, depende de diagnóstico precoce e intervenção cirúrgica. Todavia, não podemos descartar o diagnóstico primário de apendicite aguda ou NEC com perfuração única do apêndice.

Descritores: Apendicite, abdome agudo, neonato, recém-nascido, enterocolite necrosante.

O impacto do isolamento social devido à pandemia da COVID-19 no aumento das taxas de suicídio

Tiago Aguera Calanca, Sabrina Lara Abonizio Magdalena, Rafael Monteiro Tancredi Pinheiro, Sônia Maria Motta Palma, Karina Mayumi Kawakami

Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo (SP), Brasil

Introdução: A repentina pandemia da COVID-19 e o isolamento social agravaram a saúde mental mundial. Diante desse cenário, é necessário ressaltar, portanto, a importância de se investigar o aumento de casos de suicídios. **Objetivo:** Avaliar dados de estudos prévios sobre taxas de suicídio relacionadas a pandemia da COVID-19 e investigar se houve aumento ou diminuição dos casos. **Métodos:** O presente estudo é uma revisão literária realizada a partir da coleta de dados nas plataformas PubMed, SciELO e MEDLINE, utilizando os seguintes descritores: pandemic/covid-19 (AND) mental health (AND) suicide. Dos 149 artigos encontrados, foram selecionados 12 que atendiam aos critérios, e uma síntese desses realizada. **Resultados:** Dos 12 artigos científicos revisados, 10 obtiveram resultados que comprovam o aumento da ideação suicida durante o momento de pandemia e lockdown,

podendo ter como consequência o aumento de sua taxa. Por outro lado, dois não chegaram a essa mesma conclusão, em um deles, não observaram mudanças dos dados pré e durante a pandemia, e, no outro, observaram, até mesmo, uma diminuição nas pesquisas feitas pela palavra "suicídio". Entretanto, todos os artigos discutiram os fatores e tentaram promover o aumento da consciência para o suicídio e problemas mentais decorridos da pandemia. **Conclusão:** Conclui-se que a pandemia da COVID-19 agravou os problemas de saúde mental mundialmente, aumentando, assim, as taxas suicidas. Diversos fatores decorrentes da pandemia interagem para que as taxas aumentem, dentre eles: desemprego; problemas financeiros; medo de contágio; solidão; ansiedade e depressão. Além disso, constata-se que quem possui maior risco na ideação suicida são os grupos vulneráveis, de risco, os profissionais da saúde e os com doenças psiquiátricas.

Descritores: Pandemias, infecções por coronavírus, saúde mental, suicídio, saúde pública.

Exterogestação e apego materno fetal relacionados à depressão

Nathália Fabro Broilo, Carolina Victoria Marcitelli, Rafaela Alves Gonzalez, Júlio César André, Helena Landim Gonçalves Cristóvão

Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo (SP), Brasil

Introdução: A teoria da exterogestação sugere uma gestação de 12 meses, sendo que esses três meses fora do útero são essenciais para o desenvolvimento do bebê. A mãe pode contar com técnicas desenvolvidas para facilitar esse processo. Paralelamente ao período pós-parto, surgem as relações interpessoais entre mãe e filho, as quais podem ser rompidas em casos de mães que sofrem de depressão pós-parto. **Objetivos:** Revisar na literatura a importância da figura materna nos três primeiros meses da criança, destacando seu comportamento às situações adversas do bebê e como a depressão corrobora para desintegração da relação de apego mãe e filho. **Método:** Realizada revisão bibliográfica utilizando a base de dados Google acadêmico dos últimos cinco anos, em português, com os seguintes descritores: gravidez, comportamento de apego, feto, depressão e ansiedade. Dessa pesquisa, 30 artigos foram levantados. **Discussão/resultados:** Mães que sofrem de depressão pós-parto tendem a não conseguir responder de forma satisfatória às demandas do filho nos primeiros meses após gestação. O bebê, por sua vez, exerce papel importante nesses casos, podendo influenciar no retorno do estado emocional materno buscando lapsos em que a mãe não está deprimida para reatar vínculos. Entretanto, quando esse não é correspondido, pode se desvincular da mãe. **Conclusão:** É de suma importância a saúde mental da mulher durante e após a gestação. Uma mãe com problemas em se relacionar com o seu filho pós-parto pode promover sensação de desconforto ao bebê. Possivelmente, haverá rompimento na relação de apego que seria construída entre os dois.

Descritores: Gravidez, relações mãe-filho, feto, depressão, ansiedade.

REVISTA

DIAGNÓSTICO & TRATAMENTO

INDEXAÇÃO E ESCOPO

A Revista Diagnóstico & Tratamento (ISSN 1413-9979) tem por objetivo oferecer atualização médica, baseada nas melhores evidências disponíveis, em artigos escritos por especialistas. Seus artigos são indexados na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). São aceitos artigos originais (ensaios clínicos, estudos de coorte, estudos caso-controle, revisões sistemáticas, estudos transversais, avaliações econômicas), relatos de caso, revisões narrativas da literatura (artigos de atualização) e cartas ao editor, que devem enquadrar-se nas normas editoriais dos manuscritos submetidos a revistas biomédicas (do International Committee of Medical Journal Editors¹).

POLÍTICAS E PROCEDIMENTOS DA REVISTA

Após o recebimento do manuscrito pelo setor de Publicações Científicas, os autores receberão um número de protocolo que servirá para manter o bom entendimento entre os autores e o setor. Em seguida, o artigo será lido pelo editor, que verificará se está de acordo com a política e o interesse da revista. Em caso afirmativo, o setor de Publicações Científicas vai verificar se o texto cumpre as normas de publicação expressas nestas Instruções para Autores. Se o texto estiver incompleto ou se não estiver organizado como exigido, os autores deverão resolver os problemas e submetê-lo novamente.

Quando o formato estiver aceitável, o setor enviará o trabalho para a revisão por pares, na qual os revisores não assinarão seus veredictos e não conhecerão os nomes dos autores do trabalho. Cada manuscrito será avaliado por dois revisores: um especialista no assunto e um consultor *ad hoc* (que vai avaliar aspectos metodológicos do trabalho); as discordâncias serão resolvidas pelos editores.

Os autores então receberão a avaliação e será solicitado que resolvam os problemas apontados. Uma vez que o setor de Publicações Científicas receba o texto novamente, o artigo será enviado ao editor científico e revisor de provas, que identificará problemas na construção de frases, ortografia, gramática, referências bibliográficas e outros. Os autores deverão providenciar todas as informações e correções solicitadas e deverão marcar, no texto, todos os pontos em que realizaram modificações, utilizando cores diferentes ou sistemas eletrônicos de marcação de alterações, de maneira que elas fiquem evidentes.

Quando o texto for considerado aceitável para publicação, e só então, entrará na pauta. O setor de Publicações Científicas fornecerá uma prova, incluindo Tabelas e Figuras, para que os autores aprovelem. Nenhum artigo é publicado sem este último procedimento.

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Diretriz geral: para todos os tipos de artigos

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pela internet para o e-mail revistas@apm.org.br e/ou publicacoes@apm.org.br.

O manuscrito deve ser submetido em português e deve conter um resumo e cinco palavras-chave em português, que devem ser selecionadas das listas DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), conforme explicado em detalhes abaixo (nenhuma outra palavra-chave será aceita).

Artigos submetidos devem ser originais e todos os autores precisam declarar que o texto não foi e não será submetido para publicação em outra revista. Artigos envolvendo seres humanos (individual ou coletivamente, direta ou indireta ou indiretamente, total ou parcialmente, incluindo o gerenciamento de informações e materiais) devem ser acompanhados de uma cópia da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o experimento foi realizado.

Todo artigo submetido deve cumprir os padrões editoriais estabelecidos na Convenção de Vancouver (Requerimentos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas),¹ e as diretrizes de qualidade para relatórios de estudos clínicos,² revisões sistemáticas (com ou sem metanálises)³ e estudos observacionais.⁴ O estilo conhecido como “estilo Vancouver” deve ser usado não somente quanto ao formato de referências, mas para todo o texto. Os editores recomendam que os autores se familiarizem com esse estilo acessando www.icmje.org.

Para a classificação dos níveis de evidência e graus de recomendação de evidências, a Revista Diagnóstico e Tratamento adota a nova classificação elaborada pelo Centro de Medicina Baseada em Evidências de Oxford (Centre for Evidence-Based Medicine - CEBM) e disponível em http://www.cebm.net/mod_product/design/files/CEBM-Levels-of-Evidence-2.pdf. Abreviações não devem ser empregadas, mesmo as que são de uso comum. Drogas ou medicações devem ser citadas usando-se os nomes genéricos, evitando-se a menção desnecessária a marcas ou nomes comerciais. Qualquer produto citado no capítulo de Métodos, tal como equipamento diagnóstico, testes, reagentes, instrumentos, utensílios, próteses, órteses e dispositivos intraoperatórios devem ser descritos juntamente como o nome do fabricante e o local (cidade e país) de produção entre parênteses. Medicamentos administrados devem ser descritos pelo nome genérico (não a marca), seguidos da dosagem e posologia.

Para qualquer tipo de estudo, todas as afirmações no texto que não sejam resultado da pesquisa apresentada para publicação à revista Diagnóstico & Tratamento, mas sim dados de outras pesquisas já publicadas em outros locais, devem ser acompanhadas de citações da literatura pertinente.

Os relatos de caso e as revisões narrativas deverão conter uma busca sistematizada (atenção: o que é diferente de uma revisão sistemática) do assunto apresentado, realizada nas principais bases de dados (Cochrane Library, Embase, Lilacs, PubMed, outras bases específicas do tema).

Bolsas, apoios e qualquer suporte financeiro a estudos devem ser mencionados separadamente na última página. Agradecimentos, se necessário, devem ser colocados após as referências bibliográficas.

A Diagnóstico & Tratamento apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (<http://www.icmje.org/>). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

FORMATO

Primeira página (capa)

A primeira página deve conter:

- 1) classificação do artigo (original, revisão narrativa da literatura, relato de caso e carta ao editor);
- 2) o título do artigo, que deverá ser conciso, mas informativo;
- 3) o nome de cada autor (a política editorial da revista Diagnóstico & Tratamento é não utilizar abreviações dos nomes dos autores. Assim, solicitamos que os nomes sejam enviados completos), sua titulação acadêmica mais alta e a instituição onde trabalha;
- 4) o local onde o trabalho foi desenvolvido;
- 5) a data e o local do evento no qual o artigo foi apresentado, se aplicável, como congressos ou defesas de dissertações ou teses;
- 6) fontes de apoio na forma de suporte financeiro, equipamentos ou drogas e número do protocolo;
- 7) descrição de qualquer conflito de interesse por parte dos autores;
- 8) endereço completo, e-mail e telefone do autor a ser contatado quanto a publicação na revista.

Segunda página

Artigos originais: a segunda página, neste caso, deve conter um resumo⁵ (máximo de 250 palavras) estruturado da seguinte forma:

- 1) contexto e objetivo;
- 2) desenho e local (onde o estudo se desenvolveu);
- 3) métodos (descritos em detalhes);
- 4) resultados;
- 5) discussão;
- 6) conclusões.

Relatos de caso: devem conter um resumo⁵ (máximo de 250 palavras) estruturado da seguinte forma:

- 1) contexto;
- 2) descrição do caso;
- 3) discussão;
- 4) conclusões.

Revisão da narrativa da literatura: deve conter um resumo (máximo de 250 palavras) com formato livre.

O resumo deve conter cinco palavras-chave, que devem ser escolhidas a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), desenvolvidos pela Bireme, que estão disponíveis na internet (<http://decs.bvs.br/>).⁶

Referências

As referências bibliográficas (no estilo “Vancouver”, como indicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, ICMJE) devem ser dispostas na parte final do artigo e numeradas de acordo com a ordem de citação. Os números das citações devem ser inseridos após pontos finais ou vírgulas nas frases, e sobrescritos (sem parênteses ou colchetes). Referências citadas nas legendas de Tabelas e Figuras devem manter a sequência com as referências citadas no texto. Todos os autores devem ser citados se houver menos de seis; se houver mais de seis autores, os primeiros três devem ser citados seguidos de “et al.” Para livros, a cidade de publicação e o nome da editora são indispensáveis. Para textos publicados na internet, a fonte localizadora completa (URL) ou endereço completo é necessário

(não apenas a página principal ou *link*), de maneira que, copiando o endereço completo em seus programas para navegação na internet, os leitores possam ser levados diretamente ao documento citado, e não a um site geral. No final de cada referência, insira o número “PMID” (para artigos indexados no PubMed) e o número “doi”, se disponível. A seguir estão dispostos alguns exemplos dos tipos mais comuns de referências:

- **Artigo em periódico**

Lahita R, Kluger J, Drayer DE, Koffler D, Reidenberg MM. Antibodies to nuclear antigens in patients treated with procainamide or acetylprocainamide. *N Engl J Med.* 1979;301(25):1382-5.

- **Livro**

Styne DM, Brook CGD. *Current concepts in pediatric endocrinology.* New York: Elsevier; 1987.

- **Capítulo de livro**

Reppert SM. Circadian rhythms: basic aspects and pediatric implications. In: Styne DM, Brook CGD, editors. *Current concepts in pediatric endocrinology.* New York: Elsevier; 1987. p. 91-125.

- **Texto na internet**

World Health Organization. WHO calls for protection of women and girls from tobacco. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/women_tobacco_20100528/en/index.html. Acessado em 2010 (8 jun).

- **Dissertações e teses**

Neves SRB. Distribuição da proteína IMPACT em encéfalos de camundongos, ratos e saguis. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 2009.

Figuras e tabelas

As imagens devem ter boa resolução (mínimo de 300 DPI) e ser gravadas em formato “jpg” ou “tif”. Imagens não devem ser incluídas em documentos do Microsoft PowerPoint. Se as fotografias forem inseridas num documento Microsoft Word, as imagens também devem ser enviadas separadamente. Gráficos devem ser preparados com o Microsoft Excel (não devem ser enviados como imagem) e devem ser acompanhados das tabelas de dados a partir dos quais foram gerados. O número de ilustrações não deve exceder o número total de páginas menos um.

Todas as figuras e tabelas devem conter legendas ou títulos que descrevam precisamente seu conteúdo e o contexto ou amostra a partir da qual a informação foi obtida (por exemplo, quais foram os resultados apresentados e qual foi o tipo de amostra e local). A legenda ou título devem ser curtos, mas compreensíveis independentemente da leitura do artigo.

O MANUSCRITO

Relatos de caso devem conter Introdução, Descrição do Caso, Discussão (contendo a busca sistematizada sobre o tema) e Conclusão.

Artigos originais e revisões narrativas devem ser estruturados de maneira que contenham as seguintes partes: Introdução, Objetivo, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. A Revista publica revisões narrativas desde que contenham busca sistematizada da literatura. O texto não deve exceder 2.200 palavras (excluindo tabelas, figuras e referências), da introdução até o final da conclusão. A estrutura do documento deve seguir o formato abaixo:

1. Introdução: as razões para que o estudo fosse realizado devem

ser explicitadas, descrevendo-se o atual estado da arte do assunto. Deve ser descrito o contexto, o que se sabe a respeito. Aqui não devem ser inseridos resultados ou conclusões do estudo. No último parágrafo, deve ser especificada a principal questão do estudo e a principal hipótese, se houver. Não se deve fazer discussões sobre a literatura na introdução; a seção de introdução deve ser curta.

2. Objetivo: deve ser descrito o principal objetivo do estudo, brevemente. Hipóteses pré-estabelecidas devem ser descritas claramente. De preferência deve-se estruturar a pergunta do estudo no formato “PICO”, onde P é a população ou problema, I é intervenção ou fator de risco, C é o grupo controle e O vem de “outcome”, ou desfecho.

3. Métodos

3.1. *Tipo de estudo:* deve-se descrever o desenho do estudo, adequado para responder a pergunta, e especificando, se apropriado, o tipo de randomização, cegamento, padrões de testes diagnósticos e a direção temporal (se retrospectivo ou prospectivo). Por exemplo: “estudo clínico randomizado”, “estudo clínico duplo-cego controlado por placebo”, “estudo de acurácia”, “relato de caso”

3.2. *Local:* deve ser indicado o local onde o estudo foi desenvolvido, o tipo de instituição: se primária ou terciária, se hospital público ou privado. Deve-se evitar o nome da instituição onde o estudo foi desenvolvido (para cegamento do texto para revisão): apenas o tipo de instituição deve ficar claro. Por exemplo: hospital universitário público.

3.3. *Amostra, participantes ou pacientes:* devem ser descritos os critérios de elegibilidade para os participantes (de inclusão e exclusão), as fontes e os procedimentos de seleção ou recrutamento. Em estudos de caso-controle, a lógica de distribuição de casos como casos e controles como controles deve ser descrita, assim como a forma de pareamento. O número de participantes no início e no final do estudo (após exclusões) deve ficar claro.

3.4. *Tamanho de amostra e análise estatística:* descrever o cálculo do tamanho da amostra, a análise estatística planejada, os testes utilizados e o nível de significância, e também qualquer análise *post hoc*. Descrever os métodos usados para o controle de variáveis e fatores de confusão, como se lidou com dados faltantes (“missing data”) e como se lidou com casos cujo acompanhamento foi perdido (“loss from follow-up”).

3.5. *Randomização:* descrever qual foi o método usado para implementação da alocação de sequência aleatória (por exemplo, “envelopes selados contendo sequências aleatórias de números gerados por computador”). Adicionalmente, descrever quem gerou a sequência aleatória, quem alocou participantes nos grupos (no caso de estudos controlados) e quem os recrutou.

3.6. *Procedimentos de intervenção, teste diagnóstico ou exposição:* descrever quais as principais características da intervenção, incluindo o método, o período e a duração de sua administração ou de coleta de dados. Descrever as diferenças nas intervenções administradas a cada grupo (se a pesquisa é controlada).

3.7. *Principais medidas, variáveis e desfecho:* descrever o método de medida do principal resultado, da maneira pela qual foi planejado antes da coleta de dados. Afirmar quais são os desfechos primário e secundário esperados. Para cada variável de interesse, detalhar os métodos de avaliação. Se a hipótese do estudo foi formulada durante ou após a coleta de dados (não antes), isso deve ser declarado. Descrever os métodos utilizados para melhorar a qualidade das medidas (por exemplo, múltiplos observadores, treinamento etc.). Explicar como se lidou com as variáveis quantitativas na análise.

4. Resultados: descrever os principais achados. Se possível, estes devem conter os intervalos de confiança de 95% e o exato nível de significância estatística. Para estudos comparativos, o intervalo de confiança para as diferenças deve ser afirmado.

4.1. *Fluxo de participantes:* descreva o fluxo dos participantes em cada fase do estudo (inclusões e exclusões), o período de acompanhamento e o número de participantes que concluiu o estudo (ou com acompanhamento perdido). Considerar usar um fluxograma. Se houver análise do tipo “intenção de tratar”, esta deve ser descrita.

4.2. *Desvios:* se houve qualquer desvio do protocolo, fora do que foi inicialmente planejado, ele deve ser descrito, assim como as razões para o acontecimento.

4.3. *Efeitos adversos:* devem ser descritos quaisquer efeitos ou eventos adversos ou complicações.

5. Discussão: deve seguir a sequência: começar com um resumo dos objetivos e das conclusões mais relevantes; comparar métodos e resultados com a literatura; enfatizar os pontos fortes da metodologia aplicada; explicar possíveis pontos fracos e vieses; incluir implicações para a prática clínica e implicações para pesquisas futuras.

6. Conclusões: especificar apenas as conclusões que podem ser sustentadas, junto com a significância clínica (evitando excessiva generalização). Tirar conclusões baseadas nos objetivos e hipóteses do estudo. A mesma ênfase deve ser dada a estudos com resultados negativos ou positivos.

CARTAS AO EDITOR

É uma parte da revista destinada à recepção de comentários e críticas e/ou sugestões sobre assuntos abordados na revista ou outros que mereçam destaque. Tem formato livre e não segue as recomendações anteriores destinadas aos artigos originais, relatos de casos e revisão da literatura.

DOCUMENTOS CITADOS

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Disponível em: http://www.icmje.org/urm_main.html. Acessado em 2019 (6 maio).
2. CONSORT Transparent Reporting of Trials. Welcome to the CONSORT statement website. Disponível em: <http://www.consort-statement.org>. Acessado em 2019 (6 maio).
3. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Quality of Reporting of Meta-analyses. *Lancet*. 1999;354(9193):1896-900.
4. STROBE Statement Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. STROBE checklists. Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>. Acessado em 2019 (6 maio).
5. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med*. 1990;113(1):69-76.
6. BVS Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acessado em 2019 (6 maio).

você tem +

facilidade e melhores resultados



A APM, em parceria com a **Prontmed**, oferece o único prontuário eletrônico feito de médico para médico.

A plataforma tem uma interface inteligente e clicável para facilitar e agilizar o atendimento, além de outras funcionalidades.

Desconto para associados APM

50% plano anual

48% plano mensal

Acesse o site abaixo e saiba mais

bit.ly/vctemprontmed



Informações

11 3188-4200

venhapraficar@apm.org.br



www.clubapm.com.br

você tem

Consórcio **APM***

Já pensou em fazer um investimento seguro,
rentável e de grande mobilidade?

**PORTO
SEGURO** 

A APM fechou parceria com a **Porto Seguro** para oferecer a você ofertas que abrangem cartas de crédito para a aquisição de imóveis novos e usados, reformas, equipamentos médicos, veículos pesados (agrícola) e automóveis premium. **Aproveite as vantagens e invista com segurança.**

Confira alguns benefícios

Canal de atendimento exclusivo aos associados;

- Segunda maior empresa a contemplar os consorciados no mercado;
- Maior agilidade na liberação do crédito, para pagamento do bem;
- Flexibilidade de parcelas
- Mais chances de contemplação
- Disponibilidade para pessoas físicas ou jurídicas
- Lances livres ou fixos
- Atendimento rápido e personalizado
- As melhores taxas do mercado

Entre em contato agora mesmo!

***Administrado pela Porto Seguro**

Informações



0800 887 1163

consorcioapm@brconsultoria.com.br

www.meuconsorcioapm.com.br



11 3188-4200

venhapraficar@apm.org.br



venhapraficar@apm.org.br

*você
tem*

Calculadora para definição do valor de consulta



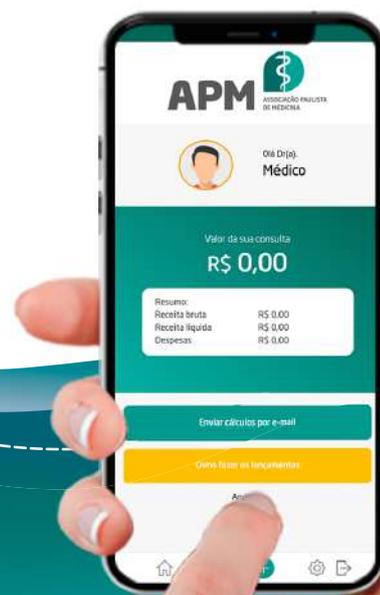
Administre sua receita e despesas de seu consultório

A **APM** procura valorizar cada vez mais a profissão do médico e, assim, negociar as melhores referências para remuneração. **É por isso que ela disponibiliza uma ferramenta especial de cálculo para que você saiba o valor real recebido por cada consulta.**

Além das informações inseridas no dispositivo serem confidenciais, ele é ideal para te ajudar na hora de gerenciar melhor a sua atividade.

#**todo**tempo**aseu**favor

*+ facilidade
para gerenciar
seu consultório*



Entre em contato conosco pelos telefones:

(11) 3188.4200

Ou envie um e-mail para: vempraficar@apm.org.br



PROTEJA O ESSENCIAL

com um plano de saúde que cabe no seu bolso.

Só com a Qualicorp e com a **APM** você, **Médico**, tem condições especiais na adesão de um dos melhores planos de saúde do Brasil.

A partir de:

R\$ **267**¹



Ligue: **0800 799 3003**

Se preferir, simule seu plano em qualicorp.com.br/oferta