



Revista Científica

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”

Tumor filodes de mama

Impacto da cirurgia nasal nos sintomas irritativos da rinite alérgica

Sobre a elaboração do luto na dinâmica familiar: estudo de caso

Herpes simples disseminado simulando penfigoide bolhoso

Quilotórax traumático por ferimento torácico penetrante

Reações transfusionais agudas: identificação, diagnóstico e tratamento

Atividade física e qualidade de vida no meio corporativo

Expediente

Governador do Estado
Geraldo Alckmin

Secretário de Planejamento e Gestão
Marcos Antonio Monteiro

Superintendente Iamspe
Latif Abrão Junior

Chefe de Gabinete Iamspe
Roberto Baviera

Diretoria Iamspe
Administração - Adair Loredó Santos
HSPE - "FMO" - Marcio Cidade Gomes
Decam - Antônio Jayme Paiva Ribeiro
Cedep - Renato Arioni Lupinacci
Prevenir - Miriam Matsura Shirassu



REVISTA CIENTÍFICA

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”

Cedep: Centro de Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa

Diretor: Renato Arioni Lupinacci

Editora responsável: Maria Ângela de Souza

Editor científico: Osiris de Oliveira Camponês do Brasil

Editor científico: José Augusto Barreto

Editora técnica: Edna Terezinha Rother

EDITORES EXECUTIVOS

Alex Freire Sandes (Hemoterapia)
An Wan Ching (Cirurgia Plástica)
Ana Claudia Luiz (Cirurgia Bucomaxilofacial)
Daniele Evaristo Vieira Alves (Oncologia)
Eduardo José Alfaro (Fisioterapeuta)
Eric Pinheiro Andrade (Oftalmologia)
Fabio Akira Suzuki (Otorrinolaringologia)

Flavio Augusto Sekeff Sallen (Neuroclínica)
Graziela Santos R. Ferreira (Pronto Socorro)
Heitor Pons Leite (Pediatria)
João Aparecido P. de Almeida (Cardiologia)
Joaquim A. de Souza Jr. (Cirurgia Pediátrica)
Jose Eduardo Gonçalves (Gastrocirurgia)

Livia Nascimento de Matos (Clínica Médica)
Maria Eliza Bertocco Andrade (Alergia)
Maria Isete F. Franco (Anatomia Patológica)
Otavio Gampel (Oncologia)
Otavio J. F. Verreschi (Psiquiatria)
Sandra M. R. Laranja (Nefrologia)
Thais Guimarães (Moléstias Infectocontagiosas)

CONSELHO EDITORIAL

Alcides Gallo Junior (Medicina Nuclear)
Ana Beatriz Miklos (Endocrinologia)
André Tadeu Sugawara (Medicina Física)
Antonio Carlos Bonadia (Gastroclínica)
Antonia Elvira Tonus (Psiquiatria)
Betty Guz (Gastroclínica)
Carlo Alberto Komatsu (Cirurgia Plástica)
Carlos A. Nagashima (Laboratório Clínico)
Carlos N. Lehn (Cirurgia de Cabeça e Pescoço)
Daniel Rinaldi dos Santos (Nefrologia)
Eugenio Alves Vergueiro Leite (Radioterapia)
Fabiano R. Ribeiro (Ortopedia e Traumatologia)
Fabio Papa Taniguchi (Cirurgia Cardíaca)
Fernando K. Yonamine (Otorrinolaringologia)
George C. Ximenes Meireles (Hemodinâmica)
Gizelda M. da Silva (Área Multiprofissional)
Helenice de Paula Fiod Costa (Neonatologia)
Hugo Hipolito (Urologia)
João Manuel da Silva Junior (Anestesiologia)

José Alexandre de S. Sittart (Dermatologia)
Jose F. de Mattos Parah (Cirurgia Geral)
Jose Marcus Rotta (Neurocirurgia)
Jose Roberto Martins (Gastrocirurgia)
Julio Cesar de Costa (Neonatologia)
Kioko Takei (Laboratório Clínico)
Leonardo Piovesan Mendonça (Geriatria)
Limirio Leal da Fonseca Filho (Urologia)
Luis Augusto Rios (Urologia)
Luiz Henrique de Souza Fontes (Endoscopia)
Marcio Faleiros Vendramini (Endocrinologia)
Maria Goretti Maciel (Cuidados Paliativos)
Maria Lucia Baltazar (Psiquiatria)
Mariana Silva Lima (Pneumologia)
Mario Claudio Gheffer (Cirurgia Torácica)
Mauricio L. Oliveira (Cirurgia Plástica)
Mauricio M. Athie (Cirurgia Bucomaxilofacial)
Mauro Sergio M. Marrocos (Nefrologia)
Mileide Zuim Dantas Souza (Pronto Socorro)

Moises da Cunha Lima (Medicina Física)
Ney Valente (Cardiologia)
Otavio Cansanção de Azevedo (Gastrocirurgia)
Quirino C. Meneses (Cirurgia Pediátrica)
Raquel A. Martins (Ginecologia e Obstetrícia)
Reginaldo G. C. Lopes (Ginecologia e Obstetrícia)
Ricardo Guerra Ayello (Endocrinologia)
Ricardo Vieira Botelho (Neurocirurgia)
Richard A. Borger (Ortopedia e Traumatologia)
Roberto Bernd (Clínica Médica)
Roberto Sacilotto (Cirurgia Vascular)
Rui Manoel Pova (Cardiologia)
Sergio Kreimer (Hemodinâmica)
Silvia Carla Sousa Rodrigues (Pneumologia)
Ula Lindoso Passos (Radiologia)
Umberto Gazi Lippi (Ginecologia e Obstetrícia)
Veridiana Aun R. Pereira (Alergia e Imunologia)
Vivia Machado Stel (Hematologia)
Walter Nelson Cardo Junior (Neonatologia)

Instituto de Assistência Médica ao Servidor
Público Estadual (Iamspe)
Av. Ibirapuera, 981 – V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04029-000
www.iamspe.sp.gov.br

Hospital do Servidor Público Estadual-
Francisco Morato de Oliveira (HSPE - FMO)
Rua Pedro de Toledo, 1800 - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04039-901

Comissão Científica - Cedep (Centro de
Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa)
Av. Ibirapuera, 981 – 2º andar - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil - CEP: 04029-000
Secretária: Vanessa Dias
Email: ccientifica@iamspe.sp.gov.br

Diagramação: Vanessa Dias

Periodicidade: quadrimestral

A responsabilidade por conceitos emitidos é exclusiva de seus autores.
Permitida a reprodução total ou parcial desde que mencionada a fonte.

SUMÁRIO

Editorial	V
Artigo Original	
Tumor filodes de mama.....	6
<i>Filodes breast tumor</i>	
Ana Beatriz Tavares de Moura Brasil Matos, Raquel Martins Arruda, Marcelo Antonini, Odair Ferraro, João Alfredo Martins, Reginaldo Guedes Coelho Lopes	
Impacto da cirurgia nasal nos sintomas irritativos da rinite alérgica.....	12
<i>Impact of nasal surgery on irritant symptoms of allergic rhinitis</i>	
Natalya de Andrade Bezerra, Thays Fernanda Avelino dos Santos, Fernanda Alves Guimarães, Lucas Osanan Andrade de Sousa, Carolina Cavalcante Dantas, Ludmilla Emilia Martins Costa, Giuliano Bongiovanni	
Relato de Caso	
Sobre a elaboração do luto na dinâmica familiar: estudo de caso.....	18
<i>On the elaboration of mourning in family dynamics: a case study</i>	
Beatriz Graça Lemos Vaz, Mariangela Bento	
Herpes simples disseminado simulando penfigoide bolhoso.....	32
<i>Disseminated herpes simplex mimicking bullous pemphigoid</i>	
Yasmin Gama Abuwad, Ticiane de Andrade Castelo Branco Diniz, Fabiana Oliveira da Silva, Marcella Amaral Horta Barbosa, Neusa Yuriko Sakai Valente, Marli Sasaki	
Quilotórax traumático por ferimento torácico penetrante.....	36
<i>Chylothorax traumatic injury in thoracic penetrant</i>	
Gabriel Figueira Bandeira, Quétlan Silva Lopes	
Revisão de Literatura	
Reações transfusionais agudas: identificação, diagnóstico e tratamento.....	40
<i>Acute transfusional reactions - identification, diagnosis and treatment</i>	
Alex Freire Sandes, Alexandre Szulman, Fábio Lima Lino	
Atividade física e qualidade de vida no meio corporativo.....	52
<i>Physical activity and quality of life in corporate media</i>	
Maria Elizangela Luiz Gomes, Salamandra Savana Sousa Silvestre, Diogo Haddad, Adalberto Souza, Renan Ferreira, Rafael de Athayde Soares	
Resumo de Tese	
Avaliação dos níveis de cortisol em pacientes deprimidos e sua variação após curso terapêutico com eletroconvulsoterapia	56
Variáveis maternas e perinatais em partos por cesáreas de recém-nascidos com pesos entre 1000 e 2500 gramas.....	57
A ressonância magnética por difusão na avaliação da terapia neoadjuvante no câncer de reto	58
Aspectos anatomorradiológicos de facilitadores do implante transvenoso do eletrodo ventricular esquerdo na terapia de ressincronização cardíaca em pacientes portadores de miocardiopatia dilatada	59
Resumo de Monografia	
Perfil clínico dos pacientes com diagnóstico de câncer de tireoide no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo	60
Avaliação da qualidade de vida de pacientes com diagnóstico ultrassonográfico de endometriose ovariana.....	61
Tuberculose disseminada em paciente com SIDA.....	62
Avaliação de atitudes e conhecimentos sobre sexualidade de idosos atendidos no ambulatório.....	63

No momento de publicarmos mais um volume da Revista Científica do IAMSPE, constatamos que os trabalhos enviados para publicação apresentaram qualidade muito boa e significativa, tanto no que se refere ao tema quanto à formatação.

Apesar de ser apresentada apenas on-line, constatamos que a nossa Revista foi pesquisada e lida por outras Instituições, como demonstra a presença de trabalhos enviados para aceite. Neste número publicamos um desses trabalhos. Essa observação demonstra que poderemos continuar crescendo e, com a associação a outras Instituições de Ensino e Pesquisa, talvez, tenhamos uma divulgação mais reconhecida, o que facilitaria a possibilidade de Indexação desta.

É evidente que o progresso da qualidade de nossa Revista se deve fundamentalmente ao Corpo Clínico do Hospital, assim como aos Diretores de Serviço, que têm colaborado significativamente para que possamos atingir alto grau de qualidade.

Gostaríamos de agradecer-los.

Osíris de Oliveira Campônes do Brasil

José Augusto Barreto

Ana Beatriz Tavares de Moura Brasil Matos¹, Raquel Martins Arruda², Marcelo Antonini³, Odair Ferraro³, João Alfredo Martins¹, Reginaldo Guedes Coelho Lopes¹

Tumor filodes de mama

Filodes breast tumor

Artigo Original

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

2. Setor de Uroginecologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

3. Setor de Mastologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Data de submissão: 22/08/2016
Data de aceite: 03/02/2017

RESUMO

Objetivo: Avaliar as características clínicas e patológicas do tumor filodes em pacientes atendidas em ambulatório, comparando-as com as da literatura. **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários no período de 1993 a 2013, com diagnóstico clínico e histopatológico de tumor filodes que realizaram tratamento no ambulatório de Mastologia. **Resultados:** A associação entre recorrência local e tipo histológico não foi relevante estatisticamente. Também não houve associação estatística relevante entre tamanho do tumor e recorrência local. Não foi observada diferença estatística relevante entre a idade de diagnóstico entre as pacientes com recorrência local e as que não tiveram. **Conclusão:** Não foi possível inferir se alguma das características avaliadas influi na recidiva do tumor filodes. Isso se justifica pela incidência baixa desse tumor resultar em uma amostra pequena. A revisão da literatura sobre o tema também não pôde demonstrar estudos que associem definitivamente algum fator como prognóstico ou preditor de recorrência, o que reforça a dificuldade em compreender e definir o comportamento biológico dessa rara neoplasia.

Descritores: Neoplasias da mama/cirurgia; Neoplasias da mama/patologia; Recidiva

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical and pathological features of tumor filodes in patients attended in the outpatient, comparing them with those of the literature. **Methods:** Retrospective analysis of medical records in the period of 1993 to 2013, with clinical and histopathologic diagnosis of tumor filodes who performed in outpatient treatment. **Results:** The association between local recurrence and histological type was not statistically relevant. Also there was no relevant statistical association between tumor size and local recurrence. No relevant statistical difference was observed between the age of diagnosis between the patients with local recurrence and those who did not have. **Conclusion:** It was not possible to infer if any of the traits evaluated influences tumor recurrence filodes. This is justified by the low incidence of this tumor result in a small sample. Literature review on the topic also could not demonstrate studies involving definitely some factor such as prognosis or Predictor of recurrence, which reinforces the difficulty in understanding and defining the biological behavior of this rare neoplasia.

Keywords: Breast neoplasms/ surgery; Breast/ pathology; Recurrence

Correspondência

Reginaldo Guedes Coelho Lopes
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 4º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: jarelu@uol.com.br

Trabalho realizado:

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O tumor filodes da mama é um tipo raro de neoplasia, representando menos de 1% de todos os tumores da mama. Foi descrito em 1838 por Johannes Mueller, sob a denominação de Cysto Sarcoma Phyllodes, por apresentar conteúdo cístico (cysto), aspecto cárneo (sarcoma) e prolongamentos foliáceos (phyllodes).⁽¹⁻⁵⁾

A etiologia do tumor filodes permanece desconhecida, sendo um tumor que acomete principalmente mulheres, raramente se manifestando no sexo masculino, tendo sido descritos na literatura apenas nove casos em homens com ginecomastia. Sua incidência aparentemente é maior em mulheres brancas, na faixa etária entre 35-55 anos.⁽⁶⁾

Em 1982 a Organização Mundial de Saúde (OMS) agrupou mais de 60 tipos de tumores na classificação de tumor filodes, por ser a mais apropriada, e agrupar todas as suas características. Após os trabalhos de Treves, Norris e Azzopardi, a OMS adotou a subclassificação patológica de benigno, borderline e maligno, que é utilizada até os dias atuais. Contudo essa classificação não prediz o comportamento clínico e biológico dessa neoplasia.^(1,7-10)

Histologicamente os tumores filodes mostram diversidade na forma de apresentação, algumas vezes assemelhando-se ao fibroadenoma e em outras ao sarcoma de baixo grau, visto esses tumores serem formados por elementos epiteliais e estromais da mama. Caracteristicamente, seu padrão de crescimento intracanalicular, lembra uma folha de árvore. A classificação em tumores benignos, malignos ou borderline é feita analisando componentes estromais: atipia celular estromal, índice de mitoses, celularidade estromal e aspecto das margens.⁽¹⁻⁵⁾

Os tumores filodes benignos são caracterizados por ausência ou leve atipia celular estromal, hiper celularidade estromal discreta ou circunscrita, margens circunscritas e atividade mitótica menor que 5 mitoses por 10 campos de grande

aumento (10 CGA). Os tumores borderlines apresentam leve ou moderada atipia estromal, hiper celularidade moderada, margens circunscritas ou infiltrativas e atividade mitótica entre 5-9 mitoses por 10 CGA. O tumor filodes maligno caracteriza-se por atipia estromal acentuada, hiper celularidade acentuada ou usualmente marcada e difusa, margens infiltrativas e índice de mitoses maior ou igual que 10 mitoses por 10 CGA.^(5,11)

Quadro 1: Classificação histológica dos tumores filodes

Característica	Benigno	Borderline	Maligno
Atividade mitótica	<5/10CGA	5-9/10CGA	≥ 10/10CGA
Atipia estromal	Ausente ou leve	Leve ou moderada	Acentuada
Celularidade estromal	Hiper celularidade discreta, não uniforme ou difusa	Hiper celularidade moderada, não uniforme ou difusa	Hiper celularidade acentuada, usualmente marcada e difusa
Margens	Circunscritas	Circunscritas ou infiltrativas	Infiltrativas

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2012 ⁽¹¹⁾

CGA: Campo de grande aumento.

O tumor filodes macroscopicamente apresenta-se como nódulo circunscrito, arredondado ou oval, podendo ser multinodulado, desprovido de cápsula verdadeira. A literatura reporta tamanho tumoral desde 1cm até maiores que 40cm. Ao exame macroscópico é bastante semelhante ao fibroadenoma.⁽⁴⁻⁵⁾

Clinicamente apresenta-se como tumor único, unilateral, sólido, de crescimento rápido, com grandes dimensões, que pode causar abaulamento, distorção ou ulceração da pele. Não há fatores de risco determinantes para o aparecimento do tumor filodes, mas pacientes com mutação do gene p53 e síndrome de Li-Fraumeni têm risco elevado para desenvolvimento dessas lesões.^(1-2, 5, 12)

O diagnóstico de tumor filodes deve ser suspeitado pela história clínica e exame físico. Exames complementares de imagem podem mostrar lesões que muitas vezes se confundem com o fibroadenoma, e mesmo a análise anatomopatológica do material obtido por biópsia, seja por aspiração

por agulha fina (PAAF) ou por biópsia de fragmento, gera dúvidas quanto à etiologia do tumor.^(3,5)

Havendo suspeita clínica, o tratamento cirúrgico, para retirada completa da lesão, com margens adequadas, é o padrão, podendo ser indicada a excisão ampla com margens ou até mesmo mastectomia simples, para evitar recorrências.^(1,3,13-14)

Os fatores prognósticos, associados com recidivas ainda não estão bem estabelecidos. Ward et al., descreve a hiperplasia estromal como fator que influenciaria o prognóstico. Mais tarde, em 1991, Cohen-Cedermarck et al. incluíram a necrose tumoral e a presença de fatores diferentes do tecido fibromixóide entre os fatores prognósticos.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

O trabalho de Mokbel et al. demonstrou associação entre recorrência local do tumor filodes e tipo histológico, sendo a taxa de recorrência maior entre as pacientes com tumor filodes malignos. Outras séries de casos, como a realizada por Ross et al., observou que a recorrência local era mais significativa quando as margens cirúrgicas estavam acometidas pelo tumor.⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

Este trabalho tem como objetivo avaliar as características clínicas e patológicas do tumor filodes em pacientes atendidas no ambulatório de mastologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, comparando-as com as da literatura. E ainda, avaliar se existe algum fator de risco associado à recidiva do tumor filodes após o tratamento cirúrgico.

MÉTODOS

Foi realizada análise retrospectiva de prontuários de pacientes do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, no período de 1993 a 2013, com diagnóstico clínico e histopatológico de tumor filodes que realizaram tratamento no ambulatório de Mastologia. Apenas prontuários de pacientes com confirmação histopatológica foram

incluídos na pesquisa, totalizando 29 casos. Não foram incluídos casos sem confirmação histopatológica, tumores benignos como fibroadenoma e malignos como Câncer e sarcomas de mama.

Foram incluídos dados da série de 23 casos, do trabalho retrospectivo sobre tumor filodes realizada no mesmo Hospital no período de 1976 a 1992, por Araújo Neto et al., totalizando 52 casos.⁽⁴⁾

Os aspectos clínicos e histopatológicos de cada paciente, contidos nos prontuários, foram revisados. Foram coletados dados como idade ao diagnóstico, mama acometida, tipo de cirurgia realizada, tamanho do tumor, tempo de seguimento e recidivas. Em relação ao diagnóstico histopatológico, as margens foram avaliadas, sendo consideradas livres quando maiores ou iguais a 1 mm. A classificação dos tumores foi feita de acordo com a OMS em benignos, borderline e malignos. Os dados foram distribuídos em tabela padronizada, no programa Excel 2013, para interpretação.⁽⁷⁾

O trabalho de Araújo Neto et al. não realizou análise de margens cirúrgicas e nem de tipo histológico do tumor e recidiva; por essa razão, foi feita análise estatística de apenas 30 pacientes desse trabalho, em que foi possível descrever os dados acerca das margens cirúrgicas e tipo histológico de tumor em que houveram recidivas. Os demais dados foram avaliados em conjunto.⁽⁴⁾

Foi realizada análise descritiva e retrospectiva dos dados. Para análise estatística dos resultados, foi utilizado o programa SPSS 22.0, considerando-se significativo um p (nível de significância descritiva) menor que 0,05.

RESULTADOS

A média da idade das pacientes no momento do diagnóstico foi de 45,7 anos (variação de 17-82 anos). O tamanho médio do tumor foi de 7,8 cm (variação de 3 a 17 cm). Do total, 12 pacientes foram submetidas a mastectomia, as demais 40 foram submetidas a excisão ampla. Dos 52 tumores examinados, 30 eram tumores

benignos, 11 malignos e 11 de variedade borderline. Após o seguimento médio de 53,93 meses, observaram-se 17 recidivas.

Dentre a amostra de 30 pacientes, em que os dados acerca das margens cirúrgicas e tipo histológico da recidiva puderam ser levantados, houve 9 recidivas, todas submetidas a excisão ampla inicialmente, três apresentaram margens comprometidas pelo tumor após a cirurgia. Entre as nove recidivas, cinco apresentavam variedade benigna, maligna em 3 casos e um borderline como tipo inicial de tumor.

A associação entre recorrência local e tipo histológico não foi relevante estatisticamente. Também não houve associação estatística relevante entre tamanho do tumor e recorrência local.

Não foi observada diferença estatística relevante entre a idade de diagnóstico entre as pacientes com recorrência local e as que não tiveram.

Tabela 1: Características das pacientes e modalidades de tratamento

Idade (anos)	
Média	45,7
Intervalo	17-82
Tamanho (cm)	
Média	7,8
Intervalo	3-17
Tipo de cirurgia n(%)	
Excisão ampla	40 (77)
Mastectomia	12 (23)
Tipo histológico do tumor n(%)	
Benigno	30 (57,8)
Borderline	11 (21,1)
Maligno	11 (21,1)
Margens cirúrgicas n(%)	
Livres	22 (73,3)
Comprometidas	08 (26,7)
Recidivas	17 (33)
Total	52

Tabela 2: Características das pacientes com recidivas de tumor filodes

Idade (anos)	
Média	45,7
Intervalo	17-64
Tamanho (cm)	
Média	8,1
Intervalo	4-15
Tipo de cirurgia n(%)	
Excisão ampla	14 (82,3)
Mastectomia	3 (17,7)
Tipo histológico do tumor n(%)	
Benigno	9 (53)
Borderline	5 (29,4)
Maligno	3 (17,6)
Intervalo livre de doença (meses)	
Média	37,8
Intervalo	5 - 120
Total	17
Não houve resultado com $p < 0,05$	

Tabela 3: Margens cirúrgicas em 9 recidivas de tumor filodes

Margens cirúrgicas	n(%)
Livres	6 (66,6)
Comprometidas	3 (33,3)
Total	9

$p = 0,244$ e IC: 0,473 a 19.039

Tabela 4: Tipo histológico de recidiva de 9 pacientes

Tipo histológico da recidiva	n(%)
Benigno	4 (44,4)
Borderline	3 (33,3)
Maligno	2 (22,2)
Total	9

DISCUSSÃO

O tumor filodes da mama é uma doença rara, ocorrendo principalmente em mulheres de meia-idade. O trabalho de Lenhard et al., com amostra de 33 casos, evidenciou faixa etária média de 47 anos. Já

o trabalho de Hassouna et al., com amostra de 106 pacientes, mostrou faixa etária média de 39,6 anos, e Karim et al. relataram média etária de 43 anos. O presente trabalho demonstra achado semelhante quanto a faixa etária de diagnóstico, com média de 45,7 anos, o que reforça dados descritos na literatura acerca da faixa etária de maior acometimento.^(6,19-20)

Na amostra estudada, o tamanho médio do tumor encontrado, após análise histopatológica, foi de 7,8 cm, apresentando ampla variação de tamanhos, desde 3 até 17 cm. As séries de casos da literatura demonstram resultados variáveis, como 0,5 a 25 cm no trabalho de Hassouna et al. e 0,4 a 29 cm no trabalho de Spitaleri et al. Nenhum trabalho conseguiu estabelecer estatisticamente alguma relação significativa entre tamanho do tumor e recidiva local. Apesar da não significância estatística, é possível observar na literatura que o controle local é dificultado por tumores com tamanhos maiores, que tendem a diminuir a sobrevida em pacientes com tumores maiores que 5 cm, de acordo com estudo de Belkacemi et al.^(1,19,21)

O tumor filodes geralmente é tratado com cirurgia de excisão ampla com adequada ressecção de margens, devendo a enucleação simples ser evitada. Obter adequada margem de tecido mamário normal, cerca de 1 ou 2 cm para alguns estudos e margem negativa para outros autores, é especialmente importante no caso de tumores borderline ou malignos, visto as margens cirúrgicas serem o melhor preditor de recorrência local.^(6,16)

A mastectomia não é mais considerada o tratamento de escolha para tumores filodes, mesmo borderline ou malignos, em casos em que a excisão ampla com margens for factível, pois a recidiva local não está associada a metástases sistêmicas e pode ser tratada com nova excisão ampla.^(1,4,6,16,21)

No presente estudo, os tumores malignos e borderlines apresentaram taxa de incidência de 21,1% cada, um total de 42,2%. Esta incidência foi semelhante à revisão de literatura, realizada por Spitaleri et al., que

analisaram 5530 pacientes e detectaram tumores filodes malignos e borderline em cerca de 48%, quase metade desta amostra. Outras séries de casos, de Mokbel et al., com 30 pacientes, e Belkacemi et al., com 443 pacientes, demonstraram resultados de incidência um pouco menor, com 30% e 36%, respectivamente, entre tumores borderlines e malignos.^(1,17,21)

Devido a raridade dessa neoplasia e dificuldades na classificação anatomopatológica, muitos resultados discordantes são encontrados na literatura. Os autores para que possam obter número de pacientes relevantes para a análise estatística, buscam casos em bancos de dados extensos, com amostras de muitos anos, o que prejudica a homogeneidade do grupo estudado. Exemplo disso é a diversidade de prevalência de tipos histológicos, visto esta análise anatomopatológica ser observador-dependente, e, apesar de seguir critérios estabelecidos para diagnóstico, diferenças entre a análise e percepção individual de cada profissional sempre podem existir. Além disso, desde 1982 até a atualidade, houve várias reclassificações histológicas do tumor filodes, o que prejudica a uniformidade dos dados.

No presente estudo, a porcentagem de excisão ampla com margens adequadas, entre as 30 pacientes que puderam ser avaliadas, foi de 86,7%; e destas, 26,7% apresentaram margens comprometidas pela doença, correspondendo a oito pacientes. Nesse grupo de pacientes com margens comprometidas, metade apresentou recidiva. Apesar de o comprometimento da margem preponderar nos trabalhos como fator que propicie a recorrência, o presente estudo não obteve êxito em corroborar estatisticamente essa relação, provavelmente, devido ao pequeno número de pacientes da amostra.^(5,17,19,21-22)

CONCLUSÃO

A amostra de pacientes analisadas no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo é semelhante, quanto às características clínicas e patológicas, às da literatura, com média de idade de 45

anos, tamanho do tumor de 7,8cm, sendo encontrados na maioria tumor filodes benigno e 33% de recidivas.

Não foi possível inferir se alguma das características avaliadas influi na recidiva do tumor filodes. Isso se justifica pela incidência baixa deste tumor resultar em amostra pequena. A revisão da literatura sobre o tema também não pôde demonstrar estudos que

associem definitivamente algum fator como prognóstico ou preditor de recorrência, o que reforça a dificuldade em compreender e definir o comportamento biológico desta rara neoplasia.

Mais trabalhos e estudos necessitam ser conduzidos para determinar fatores prognósticos e preditivos de recorrência de tumor filodes.

REFERÊNCIAS

1. Spitaleri G, Toesca A, Botteri E, Bottiglieri L, Rotmensz N, Boselli S, et al. Breast phyllodes tumor: a review of literature and a single center retrospective series analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013;88:427-36.
2. Lima LN, Pedrosa MC, Novita G, Luzzatto F, Frasson A. Tumores não epiteliais. In: Millen E, Frasson A, Novita G. *Doenças da mama: guia de bolso baseado em evidências*. São Paulo: Atheneu; 2013. p.359-64.
3. Foxcroft LM, Evans EB, Porter AJ. Difficulties in the pre-operative diagnosis of phyllodes tumours of the breast: a study of 84 cases. *Breast*. 2007;16(1):27-37.
4. Araújo Neto JT, Depes D, Alcântara M, Ferraro O, Baracat F. Tumor filodes (Cistossarcoma filodes). *Rev Bras Mastologia*. 1999 Mar; 9(1):28-33.
5. Calhoun KE, Lawton TJ, Kim JN, Lehman CD, Anderson BO. Phyllodes tumors. In: Harris JR. *Diseases of the breast*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p.781-92.
6. Lenhard MS, Kahlert S, Himsl I, Ditsch N, Untch M, Bauerfeind I. Phyllodes tumour of the breast: clinical follow-up of 33 cases of this rare disease. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008; 138(2):217-21.
7. World Health Organization. Histological typing of breast tumors – second edition. The World Organization. *Am J Clin Pathol*. 1982;78:806–916.
8. Azzopardi JG. Sarcoma in the breast. In: Azzopardi JG, (ed.). *Problems in breast pathology*. Philadelphia: WB Saunders; 1979. p. 346–65.
9. Treves N, Sunderland DA. Cystosarcoma phyllodes of the breast: a malignant and a benign tumor; a clinicopathological study of seventy-seven cases. *Cancer*. 1951;4(6):1286–1332.
10. Norris HJ, Taylor HB. Relationship of histologic features to behavior of cystosarcoma phyllodes analysis of ninety-four cases. *Cancer*. 1967; 20(12):2090–9.
11. Tan HP, Ellis IO. Myoepithelial and epithelial-myoepithelial, mesenchymal and fibroepithelial breast lesions: updates from the WHO Classifications of Tumours of the Breast 2012. *J Clin Pathol*. 2013; 66(6):465-70.
12. Velásquez-Dohom M, Gamboa-Dominguez A, Medina-Franco H. Phyllodes tumor of the breast: clinicopathologic analysis of 22 cases. *Rev Invest Clin*. 2013; 65(3):214-20.
13. Sawalhi S, Al-Shatti M. Phyllodes tumor of the breast: a retrospective study of the impact of histopathological factors in local recurrence and distant metastasis. *Ann Saudi Med*. 2013; 33(2):162-8.
14. Majeski J, Stroud J. Malignant phyllodes tumors of the breast: a study in clinical practice. *Int Surg*. 2012; 97(2):95-8.
15. Ward RM, Evans HL. Cystosarcoma phyllodes: a clinicopathologic study of 26 cases. *Cancer*. 1986;58(10):2282–9.
16. Cohn-Cedermark G, Rutqvist LE, Rosendahl I, Silfversward C. Prognostic factors in cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 77 patients. *Cancer*. 1991;68(9):2017–22.
17. Mokbel K, Price RK, Mostafa A, Wells CA, Carpenter R. Phyllodes tumour of the breast: a retrospective analysis of 30 cases. *Breast*. 1999; 8(5):278-81.
18. de Roos WK, Kaye P, Dent DM. Factors leading to local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumours of the breast. *Br J Surg*. 1999; 86(3):396-9.
19. Hassouna JB, Damak T, Gamoudi A, Chargui R, Khomsi F, Mahjoub A, et al. Phyllodes tumour of the breast: a case series of 106 patients. *Am J Surg*. 2006;192:141-7.
20. Karim RZ, Gerega SK, Yang YH, Spillane A, Carmalt H, Scolyer RA, Lee CS. Phyllodes tumours of the breast: a clinicopathological analysis of 65 cases from a single institution. *Breast*. 2009;18(3):165-70.
21. Belkacemi Y, Bousquet G, Marsiglia H, Ray-Coquard I, Magné N, Malard Y, et al. Phyllodes tumour of the breast. *Int J Radiat Oncol Bio Phys*. 2008; 70(2):492-500.
22. Khosravi-Shari P. Management of non metastatic phyllodes tumour of the breast: review of the literature. *Surg Oncol*. 2011; 20(4):e143-8.

Natalya de Andrade Bezerra¹, Thays Fernanda Avelino dos Santos¹, Fernanda Alves Guimarães¹, Lucas Osanan Andrade de Sousa¹, Carolina Cavalcante Dantas¹, Ludmilla Emilia Martins Costa¹, Giuliano Bongiovanni¹

Impacto da cirurgia nasal nos sintomas irritativos da rinite alérgica

Impact of nasal surgery on irritant symptoms of allergic rhinitis

Artigo Original

1. Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Avaliar o impacto da cirurgia nasal nos sintomas irritativos da rinite alérgica. **Métodos:** Estudo prospectivo com pacientes com o diagnóstico de rinite alérgica e com indicação de septoplastia e/ou turbinectomia devido à obstrução nasal sem melhora com tratamento clínico. Foram realizadas três avaliações: pré-operatório, 30 e 90 dias de pós-operatório. Foram utilizados exame endoscópico nasal e dois questionários: SNOT22, a escala visual analógica (EVA). **Resultados:** Nosso estudo verificou melhora significativa de todas as queixas nasais, obstrutivas e irritativas, e da qualidade de vida após a abordagem cirúrgica. **Conclusão:** A septoplastia e turbinectomia, apesar de visarem à correção dos sintomas obstrutivos, podem melhorar os sintomas irritativos da rinite alérgica e a qualidade de vida dos pacientes.

Descritores: Rinite alérgica; Septo nasal/cirurgia; Obstrução nasal/cirurgia; Conchas nasais/cirurgia

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the impact of nasal surgery in irritative symptoms of allergic rhinitis. **Methods:** A prospective study of patients with the diagnosis of allergic rhinitis, and indicating septoplasty and / or turbinate due to nasal obstruction without improvement with clinical treatment. They were carried out three evaluations: preoperatively, 30 and 90 days postoperatively. Nasal endoscopic examination and two questionnaires were used: SNOT22, visual analogue scale (VAS). **Results:** Our study found significant improvement of all nasal, obstructive and irritative complaints, and quality of life after surgical approach. **Conclusions:** Septoplasty and turbinate, although they pursue the correction of obstructive symptoms, can improve the irritative symptoms of allergic rhinitis and quality of life of patients.

Keywords: Rhinitis allergic; Nasal septum/surgery; Nasal obstruction/surgery; Turbinates/surgery

Data de submissão: 02/12/2016
Data de aceite: 14/03/2017

Correspondência

Natalya de Andrade Bezerra
Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Borges Lagoa, 1755, 3º andar - Vila Clementino - CEP 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: natalya_bezerra@hotmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A rinite alérgica consiste na inflamação da mucosa nasal mediada por Imunoglobulina E (IgE) e é desencadeada pela exposição de indivíduos, previamente sensibilizados, a um alérgeno.

Apresenta como principais sintomas a obstrução nasal, coriza, espirros, prurido nasal, lacrimejamento e prurido ocular. Sua classificação é realizada de acordo com a frequência dos sintomas, intermitente ou persistente, e com o seu impacto na qualidade de vida do paciente, leve ou moderada-grave. Dentre as doenças respiratórias crônicas, a rinite alérgica é aquela de maior prevalência, acometendo em média 12,2% das crianças e 25,4% dos adultos no Brasil. Seu diagnóstico é dado pela história clínica de sintomas obstrutivos, irritativos, combinados a antecedentes de atopia e a sugestivas alterações encontradas durante exames físico e complementar.⁽¹⁻³⁾

Diversas modalidades de tratamento são utilizadas atualmente, incluindo o controle ambiental e alternativas medicamentosas. Apesar da diversidade terapêutica voltada para esta patologia, alguns indivíduos não se apresentam responsivos ao tratamento clínico, acarretando em redução da qualidade de vida. Nos casos em que os fatores obstrutivos são significativos e estão associados a fatores anatômicos, opta-se pela abordagem cirúrgica (septoplastia e a turbinectomia inferior). Entretanto, essa abordagem em pacientes com o diagnóstico de rinite alérgica não visa ao tratamento alérgico, mas à resolução de causas obstrutivas, comumente observadas naqueles portadores de desvio de septo nasal e hipertrofia de conchas inferiores.^(1,3)

Após analisar um grupo de pacientes submetidos à turbinectomia parcial inferior, Barbosa et al. observaram importante redução dos sintomas nasais, principalmente a obstrução nasal e os espirros. Em outro estudo, Velasco et al. coletaram informações de um grupo de pacientes em que foram realizados septoplastia associada ou não a turbinectomia parcial inferior e relatam que foi detectada melhora de todos os sintomas nasais, principalmente a

obstrução e o prurido, o que pode ser atribuído à redução do tecido glandular e da área nasal exposta à alérgenos.^(1,4)

OBJETIVO

Avaliar o impacto da cirurgia nasal nos sintomas irritativos da rinite alérgica.

MÉTODOS

Foi realizado estudo prospectivo, pelo Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, HSPE- FMO.

Foram selecionados pacientes portadores de rinite alérgica comprovada pelo teste RAST, com queixa de obstrução nasal crônica devido a desvios do septo nasal e/ou aumento do volume das conchas inferiores, sem melhora com o tratamento clínico com corticosteróides tópicos, com indicação cirúrgica de septoplastia e/ou turbinectomia inferior. Após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido para participação no trabalho, os pacientes foram submetidos ao questionário SNOT 22 (*Sino Nasal Outcome Test*) e à escala visual analógica (EVA) quanto aos itens: obstrução nasal, coriza, espirros, hiperlacrimejamento, prurido ocular, faríngeo e ocular, hiperemia conjuntival em três avaliações otorrinolaringológicas: no pré-operatório e após um e três meses de pós-operatório.

Foram também classificados quanto ao quadro de rinite alérgica, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Consenso Brasileiro de Rinites, em intermitente/persistente, leve/moderada-grave.⁽³⁾

Foram excluídos pacientes sem diagnóstico de rinite alérgica, aqueles com rinossinusite crônica com ou sem pólipos nasais, tumores nasossinusais e com histórico de cirurgia nasossinusal prévia.

Para análise estatística foi criado um banco de dados, utilizando-se o software Epi Info 7.0, cujos dados foram compilados e submetidos ao processamento estatístico no programa STATA versão 10. As variáveis foram comparadas entre os momentos de avaliação pelo teste T de Student com índice de significância de 5%.

RESULTADOS

Foram avaliados 15 pacientes com diagnóstico de rinite alérgica, comprovado pelo RAST positivo. O grupo apresentou variação etária de 16 a 51 anos (média 27,73 anos). Todos os pacientes foram submetidos à septoplastia, com ou sem abordagem dos cornetos inferiores. Os demais dados epidemiológicos estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Dados epidemiológicos

Variável	n	%
Gênero		
Masculino	8	53,33
Feminino	7	46,66
Faixa etária		
11 a 20	6	40
21 a 30	4	26,66
31 a 40	2	13,33
41 a 50	2	13,33
51 a 60	1	6,66
Classificação rinite alérgica		
Intermitente leve	1	6,66
Intermitente moderada a grave	8	53,33
Persistente leve	0	0
Persistente moderada a grave	6	40
Procedimento complementar		
Turbinectomia bilateral	6	40
Turbinectomia unilateral	4	26,66
Cauterização de cornetos	4	26,66
Não abordou cornetos	1	6,66

Os pacientes foram avaliados em três momentos: pré-operatório, 30 e 90 dias de pós-operatório e a média dos sintomas avaliados por meio do questionário EVA e SNOT-22, no referido período.

Os resultados mostram significância estatística durante os períodos entre pré-operatório e 30º PO e entre os períodos pré-operatório e 90º PO de todas as variáveis do questionário EVA. No entanto, a análise entre os períodos 30º PO e 90º PO não apresentou valor com significância estatística para a maioria das

variáveis, exceto para a obstrução e prurido nasal, dados descritivos podem ser vistos nas tabelas 2 e 3.

As análises do SNOT-22 mostraram significância estatística entre os períodos de pré-operatório e 30º PO e entre o pré-operatório e 90º PO. Já o comparativo realizado entre os períodos 30º PO e 90º PO não apresentou significância estatística, conforme figuras 1 e 2.

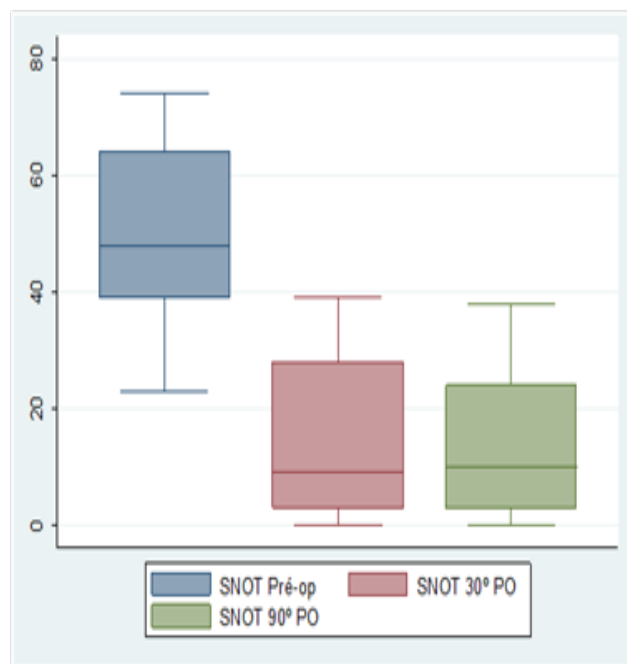


Figura 1: Representação gráfica das médias do SNOT-22 durante as 3 fases de avaliação do estudo

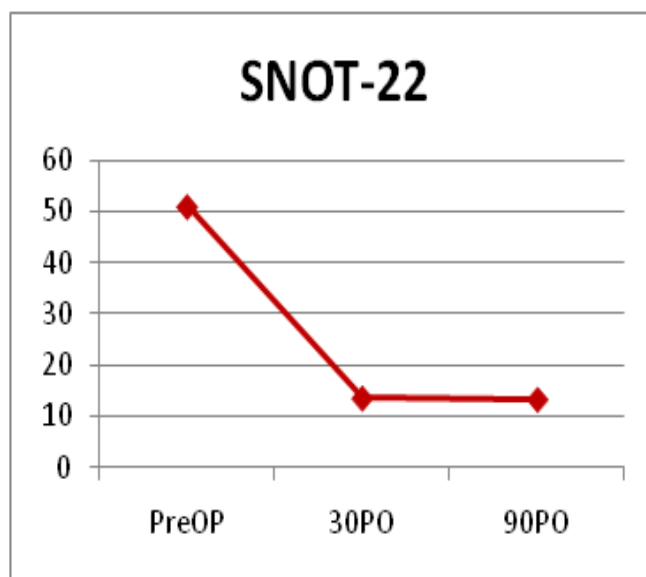


Figura 2: Box Plot
valor (pré-Op e 30PO) < 0,01
p-valor (pré-Op e 90PO) < 0,01
p-valor (30PO e 90PO) = 0,93

Tabela 2: Média das notas atribuídas a cada sintoma pelo questionário EVA no pré-operatório e 90º pós-operatório conforme o gênero

Variável	Masculino			Feminino		
	Pré-OP	90º PO	p-Valor	Pré-OP	90º PO	p-valor
Obstrução	7 ± 2.93	2.5 ± 2.51	<0.01	7.71 ± 1.60	2.28 ± 1.70	<0.01
Coriza	5.12 ± 3.64	1 ± 1.41	0.01	7.28 ± 2.70	2.14 ± 2.27	<0.01
Espirros	5 ± 2.33	0.62 ± 0.74	<0.01	6.86 ± 2.91	3.14 ± 2.48	0.04
Prurido nasal	5 ± 2.72	0.37 ± 0.52	<0.01	7.86 ± 2.80	1.28 ± 1.98	0.01
Prurido ocular	2.75 ± 3.41	0.25 ± 0.71	0.09	5.71 ± 3.60	1.14 ± 1.86	<0.01
Prurido faríngeo	3.25 ± 2.96	0.5 ± 1.41	0.04	4.14 ± 2.97	0.57 ± 1.13	0.02
Hiperemia	3.87 ± 3.27	0.25 ± 0.71	0.03	5.86 ± 3.13	2 ± 1.91	0.01
Lacrimejamento	3 ± 2.98	0.75	0.13	5.43 ± 2.99	1.43 ± 1.62	0.01
SNOT-22	45 ± 14.25	12 ± 14.71	<0.01	57.85 ± 11.78	15 ± 8.52	<0.01

Teste t-student

Tabela 3: Média das notas atribuídas a cada sintoma pelo questionário EVA no pré-operatório e do 90º pós-operatório conforme grupo etário

Variável	Idade < 20 anos			Idade 20-40 anos			Idade > 40 anos		
	Pré-OP	90º PO	p-Valor	Pré-OP	90º PO	p-Valor	Pré-OP	90º PO	p-Valor
Obstrução	8.33 ± 1.37	2.5 ± 2.81	<0.01	7.5 ± 1.22	2.5 ± 1.64	<0.01	5 ± 4.36	2 ± 2	<0.19
Coriza	7.16 ± 3.06	1.33 ± 1.97	<0.01	6.67 ± 3.56	2.17 ± 2.14	0.02	3 ± 1.73	0.67 ± 1.15	0.25
Espirros	6.66 ± 2.68	1.16 ± 2.04	<0.01	6.33 ± 2.80	3.17 ± 2.14	0.06	3.33 ± 1.53	0.33 ± 0.58	0.09
Prurido nasal	6.5 ± 2.74	0.67 ± 1.21	<0.01	6.17 ± 3.76	1 ± 2	0.05	6.33 ± 3.21	0.67 ± 0.58	0.12
Prurido ocular	3.67 ± 3.50	0.83 ± 2.04	0.01	4.5 ± 4.37	0.5 ± 0.84	0.09	4.33 ± 4.04	0.67 ± 1.15	0.19
Prurido faríngeo	2.67 ± 2.66	0	0.06	4.16 ± 3.76	0.16 ± 0.40	0.05	4.67 ± 0.58	2.33 ± 2.08	0.25
Hiperemia	6 ± 2.36	1.16 ± 2.04	<0.01	4.33 ± 4.13	1.5 ± 1.51	0.17	3.33 ± 3.05	0	0.20
Lacrimejamento	5.5 ± 2.6	1.66 ± 2.06	0.08	4.33 ± 3.39	1 ± 1.55	0.04	1 ± 1.73	0	0.42
SNOT-22	51.5 ± 16.42	14.67 ± 15.51	<0.01	50.33 ± 15.34	16,5 ± 9.61	<0.01	51.33 ± 13.05	4 ± 2.64	<0.01

Teste t-student

DISCUSSÃO

A deformidade anatômica do septo nasal, assim como a hipertrofia dos cornetos inferiores, pode alterar o fluxo nasal de ar e acarretar em queixa obstrutiva nos pacientes com ou sem rinite alérgica. A cirurgia nasal é opção terapêutica para aqueles pacientes, alérgicos ou não, cujas queixas foram refratárias ao tratamento clínico. E, muito embora a septoplastia e a turbinectomia inferior sejam procedimentos cirúrgicos aplicados para correção de alterações anatômicas, pode-se também apresentar melhora dos sintomas nasais alérgicos após essas abordagens.^(1,5)

Foi encontrada melhora estatisticamente significativa em todos os sintomas irritativos associados a rinite alérgica após a cirurgia nasal. A abordagem dos cornetos inferiores parece ser o fator mais determinante para essas mudanças. Estudos mostram que a

turbinoplastia e a ablação por radiofrequência promovem a destruição de estruturas vasculares, glandulares e até fibras nervosas Chhabra. Uma vez que as fibras sensoriais são ativadas pela histamina, postula-se que sua destruição possa ser a causa da melhora dos sintomas irritativos. Lin et al. realizaram estudo com 101 pacientes, submetidos a radiofrequência para avaliar a melhora dos sintomas nasais alérgicos, e mostram que 60,5% dos pacientes mantiveram melhora após cinco anos do procedimento. Ishida et al. realizaram eletrocauterização da lâmina própria em 43 pacientes após turbinectomia submucosa e observaram melhora dos sintomas nasais alérgicos após 48 meses do procedimento, bem como redução significativa de histamina no lavado nasal. Além disso, esses procedimentos contribuem para a redução da superfície de

contato com alérgenos, e a diminuição de tecido glandular após a turbinectomia.^(1,4-7)

Este estudo verificou melhora significativa de todas as queixas nasais e da qualidade de vida após a abordagem cirúrgica, no grupo de pacientes do sexo feminino. Todavia, o grupo do sexo masculino não apresentou melhora quanto às variáveis prurido ocular e lacrimejamento. Velasco et al. referiram melhora de todos os sintomas nasais tanto no sexo masculino quanto no feminino. Porém, as pacientes do sexo feminino apresentaram maior intensidade de crises esternutatórias no período pós-operatório.⁽⁴⁾

Analisando nossos dados segundo a faixa etária, observamos melhora estatisticamente significativa na maioria dos sintomas avaliados no grupo dos menores de 20 anos, exceto pelo prurido faríngeo e lacrimejamento. No grupo entre 20 e 40 anos houve essa melhora em quatro dos nove itens analisados: obstrução, coriza, lacrimejamento e qualidade de vida. Já na faixa etária mais velha, a cirurgia nasal apresentou diferença significativa apenas na avaliação da qualidade de vida. No mesmo estudo realizado por Velasco et al., ao dividir o grupo de pacientes em faixas etárias, os grupos dos menores de 20 anos e aqueles entre 20 e 40, apresentaram melhora do prurido e espirros entre os períodos pré-operatório e 7º pós-operatório, mas não apresentaram melhora desses sintomas entre o 7º e 60º pós-operatório. Já o grupo com idade maior de 40 anos não apresentou melhora dos espirros e coriza durante o período avaliado.⁽⁴⁾

Barbosa et al. acompanharam um grupo de 49 pacientes com rinite alérgica e que foram submetidos a turbinectomia inferior, com ou sem septoplastia, pelo período de 6 meses após abordagem cirúrgica. Foi observada melhora caracterizada como ótima das crises esternutatórias e obstrução nasal em 79,6% da amostra, enquanto a coriza e o prurido nasal atingiram a melhora ótima em 14,3% e 6,1% respectivamente. Nosso estudo utilizou método diferente para quantificar a melhora clínica referida, mas podemos observar que todos os sintomas avaliados no pós-operatório tiveram notas inferiores às atribuídas no período pré-operatório, denotando melhora dos sintomas após a cirurgia.⁽¹⁾

Em estudo citado por Chhabra e Houser, uma série de 478 pacientes submetidos a cirurgia nasal, para avaliar melhorias da obstrução nasal após a septoplastia ou ressecção de submucosa, 72 pacientes apresentaram diagnóstico de rinite alérgica e evoluíram com satisfação significativamente menor que aqueles sem esse diagnóstico. A literatura mostra uma menor satisfação cirúrgica nos pacientes portadores de rinite alérgica quando comparado ao grupo não portador desta, mostrando que ela é fator relevante a ser analisado antes da indicação cirúrgica. Apesar dos nossos resultados mostrarem melhora dos sintomas após o procedimento, nosso estudo preliminar não contém grupo controle, composto por pacientes com os outros tipos de rinites não alérgicas. Essa limitação da amostra nos impede de analisar o impacto da atopia nos sintomas apresentados por meio de comparações entre os grupos.⁽⁵⁾

Bandos et al. avaliaram a melhora da obstrução nasal em um grupo de 20 pacientes após septoplastia associada a turbinectomia inferior em dois períodos pós-operatórios distintos: 10 meses, curto prazo, e 25 meses, médio prazo. A cirurgia revelou ser eficaz no curto prazo, com melhora total do sintoma em 90% dos avaliados, mas mostrou-se pouco satisfatória em médio prazo, já que 30% apresentaram melhora total, 30% melhora parcial e 40% não referiram melhora pós-operatória. Nossos dados concordam com essa análise, uma vez que nossa avaliação foi feita apenas a curto prazo (90 dias de pós-operatório) e apresentou resultados satisfatórios para a totalidade dos pacientes. É necessário acompanhar esse grupo de pacientes e repetir as avaliações para verificar se a melhora observada se mantém ao longo do tempo.⁽⁸⁾

O impacto da queixa nasal na qualidade de vida do paciente é fator de importante discussão. Em nosso estudo foi utilizado o SNOT-22 para melhor avaliar o prejuízo causado pelos sintomas nasais na qualidade de vida dos indivíduos. Observamos que o grupo de pacientes do sexo feminino apresentou valores de SNOT-22 maiores que os homens, mas ambos tiveram melhora estatisticamente significativa após o procedimento cirúrgico. Bezerra et al. avaliaram o impacto da septoplastia, com ou sem turbinectomia, na qualidade de vida do

indivíduo, durante três meses, através do questionário NOSE (*Nasal Obstruction Symptom Evaluation Scale*) e observaram que indivíduos que apresentavam alterações nasais com maior prejuízo na qualidade de vida, referiram grau de melhora superior.⁽⁹⁻¹⁰⁾

CONCLUSÃO

A septoplastia e turbinectomia, apesar de visarem à correção dos sintomas obstrutivos, podem melhorar os sintomas irritativos da rinite alérgica e a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa AA, Caldas N, Morais AX, Campos AJ, Caldas S, Lessa F. Avaliação da sintomatologia pré e pós-operatória de pacientes submetidos à turbinectomia inferior. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005; 71(4):468-71.
2. Ibiapina CC, Sarinho ES, Camargos PA, Andrade CR, Cruz Filho AA. Rinite alérgica: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos. *J Bras Pneumol*. 2008;34(4):230-40.
3. III Consenso Brasileiro Sobre Rinites. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012;75(6 Supl.):1-51.
4. Velasco LC, Arima LM, Tiago RS. Avaliação da melhora dos sintomas nasais após septoplastia com ou sem turbinectomia. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011; 77 (5):577-83.
5. Chhabra N, Houser SM. The surgical Management of allergic rhinitis. *Otolaryngol Clin North Am*. 2011;44(3):779-95.
6. Lin HC, Lin PW, Friedman M, Chang HW, Su YY, Chen YJ, Pulver TM. Long-term results of radiofrequency turbinoplasty for allergic rhinitis refractory to medical therapy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;136(9):892-5.
7. Ishida H, Yoshida T, Hasegawa T, Mohri M, Amatsu M. Submucous resection of turbinate bone – a rationale of surgical treatment for allergic rhinitis. *Auris Nasus Larynx*. 2003;30(2):147-52.
8. Bandos RD, Mello VR, Ferreira MD, Rossato M, Anselmo-Lima WT. Clinical and ultrastructural study after partial inferior turbinectomy. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006;72(5):609-16.
9. Kosugi EM, Chen VG, Fonseca VM, Cursino MM, Mendes Neto JA, Gregório LC. Translation, cross-cultural adaptation and validation of SinoNasal Outcome Test (SNOT) - 22 to Brazilian Portuguese. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011;77(5):663-9.
10. Bezerra TF, Stewart MG, Fornazieri MA, Pihan RR, Pinna Fde R, Padua FG, Voegels RL. Quality of life assessment septoplasty in patients with nasal obstruction. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012;78(3):57-62.

Beatriz Graça Lemos Vaz¹, Mariangela Bento¹

Sobre a elaboração do luto na dinâmica familiar: estudo de caso

On the elaboration of mourning in family dynamics: a case study

Relato de Caso

1. Curso de Aprimoramento em Psicologia Hospitalar do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Data de submissão: 08/06/2016
Data de aceite: 09/01/2017

RESUMO

A morte é assunto difícil de ser abordado em qualquer lugar do Brasil, ou em qualquer classe social. Muitas vezes vista como incompreensível, quando a morte ocorre em ambiente familiar no subgrupo composto por filhos jovens, parece ainda mais difícil de se ter diálogo sobre o fato. O objetivo deste trabalho foi analisar e compreender o luto na dinâmica familiar pela morte de um ente próximo que cometeu suicídio. Por meio da abordagem psicanalítica infantil em psicoterapia breve, analisamos o caso de uma criança de cinco anos, com a finalidade de investigar a forma de elaboração do luto na dinâmica desta família. Os atendimentos foram realizados no ambulatório de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE/HSPE). Os dados foram analisados a partir dos procedimentos citados, que evidenciaram certa dificuldade dos pais em entender a forma como a criança lidava com a morte de sua irmã, como expressão da não elaboração do próprio luto dos pais. Por meio disso, foram feitas as intervenções vistas como necessárias e concluiu-se que há dificuldade da família em elaborar esse luto como um todo, deslocando essas questões a um membro específico da família, no caso, à criança analisada em psicoterapia.

Descritores: Pesar/psicologia; Atitude frente a morte; Família; Relações familiares; Terapia familiar; Relato de casos

ABSTRACT

Death is a difficult subject to be tackled anywhere in Brazil or in any social rank. Often seen as incomprehensible, when death occurs in a family atmosphere in the subgroup composed of young children, it seems even more difficult to have a dialogue about the fact. The objective of this study was to analyze and understand the grieving family dynamics in the death of a close relative who committed suicide. Through children's psychoanalytic approach in brief psychotherapy, we analyzed the case of a five years old child, in order to investigate the form of elaboration of mourning into the dynamics' family. The sessions were conducted in the psychology outpatient of the State Public Servant Hospital (IAMSPE / HSPE). Data were analyzed from the aforementioned procedures, which showed a certain difficulty of parents to understand how the child dealt with the death of her sister, as an expression of not facing the natural mourning stage themselves. By this, interventions seen as necessary were made and it was concluded that there is a whole family difficulty in passing through the mourning fight, displacing these issues to a specific family member, in this case, the child that went through the psychotherapy treatment.

Keywords: Grief/psychology; Attitude to death; Family; Family relations; Family therapy; Case reports

Correspondência

Beatriz Graça Lemos Vaz
Serviço de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Borges Lagoa, 1635 - Vila Clementino - CEP: 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: beatrizgraca.lv@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Por mais que não percebamos, a morte faz parte do desenvolvimento humano desde os primeiros dias de vida. Quando a criança se vê desamparada ao não ser atendida de imediato quando chora, é como se estivesse vivenciando uma sensação de desamparo semelhante aos sentimentos de morte. Vivemos sabendo que essa é a única certeza que temos e mesmo assim é um assunto difícil de ser discutido, muitas vezes até evitado. Usamos de alguns mecanismos de defesa como forma de ocultar a morte. Dentre eles citamos a negação, processo em que o sujeito desconsidera parte da realidade, seja ela externa ou interna; a repressão, primeiro mecanismo investigado por Freud que constitui em excluir da consciência representações indesejáveis; a intelectualização, o sujeito utiliza de conhecimentos e processos cognitivos para evitar entrar em contato com suas emoções; e o deslocamento, como o próprio diz, é o processo que desloca características de um objeto para outro.⁽¹⁾

Por meio da experiência com atendimentos clínicos no Ambulatório de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual, foi possível perceber como a teoria se aplica à prática. Houve mobilização pelo tema por meio da análise de um caso, uma vez que a morte é, muitas vezes, vista como incompreensível, além de ser assunto difícil de ser conversado e elaborado, principalmente em ambiente familiar composto por filhos jovens. A morte fica ainda mais delicada de ser discutida quando morre um membro pertencente a esse contexto familiar, membro este que fazia parte do convívio diário desta família.

Quando crianças, somos afastados do assunto morte, uma vez que se acredita que não sabemos nada sobre o assunto. Claro que nessa fase, a morte é vista como reversível, parecida com as de desenhos animados. Porém, crianças vivenciam o luto como um adulto, seja por morte de parentes ou animais de estimação, e até mesmo por mudanças de escola, endereço, brinquedos, etc. A única diferença é que elas não

vão conseguir demonstrar seus sentimentos se não souberem o que ocorreu de fato, mesmo sabendo que há algo de errado, uma vez que percebem atitudes diferentes nos adultos.⁽¹⁾

Na fase adulta, o sujeito já passou por muitas transformações e experiências. Sendo assim, passa a entender a morte não mais como um acontecimento só externo, mas sim que pode e vai ocorrer consigo também.⁽¹⁾

Segundo Hillman, violamos alguns tabus quando falamos de morte. Quando o assunto é suicídio, é como se a morte estivesse ainda mais próxima.⁽²⁾

Quando ocorre tal ato no ambiente familiar, os membros restantes tentam a todo custo entender por que a pessoa o cometeu, para assim poderem dar explicação aceitável para as pessoas ao redor, como forma de amenizar os sentimentos de culpa e vergonha que acompanham o suicídio, justamente por ser um ato destrutivo e que mobiliza, de formas diferentes, todos à sua volta.

Meyer diz que, para entendermos melhor a noção da dinâmica familiar, antes de tudo, devemos entender que os conflitos internos de cada membro são deslocados para outras pessoas pertencentes à família. Esse deslocamento se dá pela incapacidade desse membro de separar e elaborar suas próprias relações conflitantes, externalizando-as assim, no contexto familiar.⁽³⁾

Sendo vista como ponto de encontro tanto dos funcionamentos individuais como grupais e institucionais, a família tem sua própria vitalidade, e sua dinâmica permanece sendo o foco principal do terapeuta. Essa dinâmica, assim como a forma de se relacionarem entre si, é denominada como familiaridade. No caso analisado, a familiaridade a ser discutida é a forma de elaboração do luto dentro do contexto dessa família. Nesses casos, a terapia serve como auxílio à família para ajudar a reconhecer essas questões, a entender e identificar como elas operam e em que momento surgem, para assim, poderem

elaborá-las primeiramente de forma individual e posteriormente de forma grupal.⁽³⁾

O objetivo deste trabalho é, por meio de levantamento teórico a partir de vinhetas clínicas, analisar e compreender o luto na dinâmica familiar pela morte de um ente próximo que cometeu suicídio.

Sobre a dinâmica familiar

Segundo Meyer, a interação da família será determinada a partir das relações que os membros principais tiveram em sua família de origem. Por interação familiar, o autor descreve como “produto coletivo resultante de várias externalizações diferentes”. Ao introduzir o termo coletivo, Meyer entende como abordar inconscientemente um sistema de fantasias que leva cada membro da família a criar mecanismos de defesa que se complementam. Por meio desses mecanismos criados, o conflito que antes fazia parte de conteúdos internalizados de um membro, passa a ser externalizado no ambiente familiar, resultando assim em conflitos interpessoais. Podemos então entender que o resultado sobre a forma como a família elabora esses conflitos externalizados em seu ambiente é o que chamamos de dinâmica ou familiaridade. Como citado anteriormente, a dinâmica em questão a ser discutida neste trabalho, é a forma como a família elabora o luto por um membro que cometeu suicídio.⁽³⁾

A forma com que esses conflitos vão surgindo, poderão tanto estimular o desenvolvimento dessa família, quanto tornar o relacionamento desses membros a um padrão patológico. Tudo isso dependerá da forma em que cada membro se identifica com os elementos projetados entre si.⁽³⁾

A parte da familiaridade é composta por vários sentimentos, que poderão direcionar cada membro a identificar-se com alguns aspectos dessa parte, a idealizar, negar, separar e projetar os aspectos indesejáveis.

Em alguns casos, como vimos aqui, um membro da família pode acabar projetando

em outro sujeito aspectos maus de sua família que, por conta de desejos e necessidades inconscientes, acaba aceitando essas projeções. Dependendo das exigências apresentadas, pode se tornar patológico, manifestando de forma inconsciente e acontecendo quando um membro não suporta seus próprios conflitos. Como forma de se verem livres desses sentimentos, ele acaba depositando em outra pessoa, que aceita esse descarte.⁽³⁾

A morte e o luto

Nos tempos antigos as pessoas, desde crianças, lidavam com a morte como curso natural da vida. O que antes era visto como simples e normal, hoje é visto como algo ruim e difícil de lidar. Cada vez mais a tecnologia e a ciência avançam em velocidade tão rápida, que já existem, há alguns anos, instituições especializadas em manter congelado um ser humano que já faleceu, a fim de futuramente devolverem-lhe a vida. Aparelhos tecnológicos de última geração são introduzidos em hospitais com a finalidade de prolongar a vida dos enfermos. Marcapassos, doadores, transplantes, são alguns outros exemplos de que cada vez mais desaprendemos, ou muitas vezes não aprendemos, a lidar com um acontecimento natural, com a única certeza que temos, com a morte.⁽⁴⁾

Todos nós, inconscientemente, temos a necessidade de fugir a alguma situação que nos cause desconforto, mas que, em algum momento da vida, somos obrigados a enfrentar. Quando nos deparamos com a morte, passamos a ter consciência da ausência e da separação. É como se todas aquelas situações desconfortantes ressurgissem em fração de segundos. Ao entender e aceitar que não acontece só com os outros, mas sim conosco e em nossa família também, o sujeito, sem perceber, pode concretizar muitas coisas e auxiliar no bem-estar geral das pessoas ao seu redor.⁽⁴⁾

Para Freud, quando falamos em luto, significa que toda a libido, nesse caso vista como energia psíquica, que antes era direcionada ao objeto (parte ou todo do sujeito) morto, agora é voltada para as fantasias inconscientes

do próprio enlutado. A esse fato nomeou-se introversão, citada primeiramente por Jung em 1967, ao falar dos Tipos Psicológicos, e em seguida por Freud. Na introversão, o sujeito volta toda sua energia para seu interior, para suas próprias fantasias. O que antes estava fora, projetado no outro, agora em luto, está totalmente dentro de si.⁽⁵⁻⁶⁾

Para alguns autores, o sujeito passa por algumas fases ou estágios no período em que encontra-se de luto. Bowlby descreve essas fases lembrando que cada indivíduo tem seu próprio tempo para elaborá-las e que eles não vivenciam, necessariamente, todas elas e nem na mesma ordem citada.⁽⁷⁾

Na fase de choque ou torpor, parece que o sujeito encontra-se desligado ou anestesiado, porém há um nível elevado de tensão que pode levá-lo a acessos de raiva ou descontrole.

A fase seguinte é da descrença, citada por alguns autores como negação. O indivíduo enlutado nega a morte do ente, e mantém por tempo indeterminado a fantasia e esperança de que a pessoa retornará.

Na desorganização e desespero, também podemos citar os sentimentos de raiva, barganha e depressão. Nessa fase, o sujeito já se deu conta do ocorrido, não o nega mais, porém não aceita que isso esteja acontecendo justamente com ele. Passa a ter ressentimento e inveja de outras pessoas que não estão passando pela mesma situação. Oscilações de humor e atitudes contraditórias são comuns nessa fase.

A fase de reorganização nada mais é que a aceitação. Entende sua perda como definitiva e aceita que uma nova vida precisa ser organizada.

Esses estágios ocorrem para qualquer pessoa enlutada, e são considerados como esperados nessa fase. A permanência da dificuldade em aceitar e o medo que a morte causa nos indivíduos hoje em dia, podem dificultar na elaboração normal do luto.⁽⁸⁾

Na melancolia, também introduzida na teoria de Freud, a libido não está mais voltada para as fantasias do enlutado. Nesse caso, o objeto que morreu se instalou em parte ego

do sujeito que está em luto. A esse mecanismo, nomeamos introjeção, citada por Freud, ao falar de narcisismo como um egoísmo que nos protege de excitações consideradas como indesejáveis. Essas excitações, que são estímulos vindos do exterior e que despertam no sujeito reações variadas frente à identificação que elas lhe causam, não podem ser externalizadas e ao invés de serem projetadas em objetos irreais ou fantasiosos, são introjetadas ao eu (ego) do sujeito enlutado.^(5, 9)

Assim sendo, pode haver a possibilidade de luto mal-elaborado, em alguns casos, visto como patológico. E isso nos remete a atenção maior.

Outro fato que também auxilia na má elaboração são mortes inesperadas. Podemos citar aqui o suicídio como exemplo. Há ruptura brusca, a família não está esperando e muito menos está preparada para uma notícia de morte repentina. Outra coisa que dificulta é saber como ocorreu a morte ou o estado em que o morto ficou após o ocorrido, isso pode influenciar a memória que os familiares têm dessa pessoa.⁽¹⁾

O luto na criança

Para a criança, a forma de elaboração do luto é a mesma que para qualquer outra pessoa. O que vemos de diferente é a dificuldade que os adultos têm em anunciar para a criança que alguém próximo a ela morreu. Muitas vezes, os mais velhos evitam falar em morte com uma criança, na esperança errônea de protegê-la do sofrimento que isso causa. A criança pode ser privada de receber a notícia, porém as atitudes que um adulto tem perante a morte, principalmente de um ente próximo a ambos, fazem com que a criança perceba que há algo de errado. A diferença é que, nesses casos, a criança não terá com quem conversar sobre suas angústias, o que pode ocasionar sintomas físicos diante da falta de conversa, dificultando assim a elaboração normal de seu luto.⁽¹⁾

Muitos adultos acreditam que a criança não sabe nada sobre a morte. Sim, os pequenos a vêem como reversível até certa idade, porém isso não impede que os mais experientes possam explicar, por meio das experiências vivenciadas

pela criança, a fim de que elas entendam aos poucos como e por que a morte se manifesta.⁽¹⁾

O fato é que muitas vezes os adultos não entendem a dificuldade que a criança tem em nomear seus sentimentos. Ela sabe e percebe tudo o que está acontecendo, porém, em vez de falar sobre sua dor, saudade ou até mesmo sobre a irritação em não ser comunicada sobre o ocorrido, a criança demonstra através de jogos, desenhos e brincadeiras a forma como ela se sente frente à situação.⁽¹⁰⁾

A criança tem uma aguda capacidade de observação, mas não só para o mundo físico assim como para o psicológico. (...) Capta quanto acontece ao seu redor; às vezes expressa-o em palavras, e outras vezes não, e quando o expressa pode não ser compreendido. A incompreensão do adulto, sua falta de resposta às perguntas do menino, ou responder com uma mentira, provocam mais dor e são causadores de problemas. Quando o adulto mente, acredita defender a criança do sofrimento, como se negando a dor magicamente a anulasse. (...) Há adultos que acreditam que a criança não compreenderia uma explicação verbal do que está ocorrendo.⁽¹⁰⁾

Como dito anteriormente, muitas vezes algum membro da família é elegido inconscientemente para os demais projetarem seus sentimentos não suportados. Na maioria dos casos, como falaremos nos próximos capítulos, o sujeito a ser elegido é a criança, por ser frágil e interpretada como não entendedora dos fatos. Os adultos projetam nela essas características mais infantilizadas, como medos e angústias, assim, entende-se que quem não suporta falar no assunto, que quem não suporta a dor, a culpa ou a saudade é a criança e não o adulto.

A morte do pai, da mãe ou de um irmão é uma grande dor. Falar dessa morte não é criar a dor nem aumentá-la; ao contrário, a verdade alivia a criança e ajuda a elaborar a perda. Há verdades muito difíceis de aceitar para o adulto; por isso, ao mentir está delegando esta parte infantil na criança. Se os adultos mentem ou ocultam a verdade à criança, esta deixa de acreditar neles e pode não voltar a perguntar (...). Além disso, a criança sente uma terrível confusão e um desolado sentimento de desesperança, criado porque já não tem a quem recorrer.⁽¹⁰⁾

Aberastury diz que quando se omite da criança o falecimento de um ente querido, seu vínculo com os adultos pode ser perturbado, além de dificultar o desenvolvimento normal dessa criança. Comenta ainda que tal ocultamento dificulta não só a elaboração do luto na criança, mas sim no próprio adulto, uma vez que terá sempre que prestar atenção no que fala quando a criança está por perto. Além disso, quando não se fala a verdade, há esperança do retorno desse ente querido, e, para a criança, essa espera se torna angustiante e conflituosa, e muitas vezes essa ausência é interpretada por ela como abandono. Quando uma pessoa querida morre, um dos primeiros estágios que passamos é o de negação. Ao reafirmar para a criança sua própria negação, mentindo ou escondendo o fato, o adulto passa a dificultar não só a ele mesmo, mas também à criança a passagem para as outras fases esperadas do luto.⁽¹⁰⁾

Quando um irmão morre, a criança percebe a impotência dos pais pela ferida narcísica que surge com a notícia. Ela sente a necessidade de ocupar o lugar desse irmão perdido, muitas vezes como forma de proteger esses pais, e acaba, assim, deixando de lado as suas próprias necessidades. É como se o fato de ser criança não suportasse as necessidades que esses pais possuem, então elas passam a protegê-los como se fossem adultos. Kovács aponta que isso faz parte do desenvolvimento da criança em luto, e percebemos sua elaboração, quando ela abre espaço para outras relações e simboliza a morte por meio de desenhos e brincadeiras. A repetição e aceitação da interpretação significam que o assunto é compreendido pela criança e mostra que ela está preparada para sua elaboração.⁽¹⁾

O luto na família e sua elaboração

Por meio da explicação de Meyer sobre o mecanismo da dinâmica familiar, será exposto aqui como se deu o luto dentro da família analisada.⁽³⁾

Meyer afirma que, em uma família, a criança pode tornar-se receptora de características dos pais que são indesejadas

por eles mesmos. Essas características causam nos adultos dor e ansiedade, fazendo com que eles as rejeitem de dentro de si, separem-nas e as projetem nesse filho. Os adultos interagem com essas partes de si mesmos depositadas na criança, da mesma forma que lidariam com elas se estivessem internalizadas, ou seja, se elas ainda estivessem totalmente neles mesmos. Sendo assim, obtém-se gratificação inconsciente dos pais a partir do momento em que interagem com essas características de forma repudiadora, denunciando-as na criança e não neles próprios, fazendo com que, desse modo, a criança assuma papel complementar a essas exigências que lhe foram projetadas. Só permanecem no ego e nas fantasias inconscientes desses pais características consideradas como agradáveis e que possam adquirir algum retorno positivo.⁽³⁾

Na forma de elaboração do luto não é diferente, principalmente quando se tem uma criança pronta para alcançar as expectativas desses pais fragilizados pela morte de outro filho. Os pais tentam se mostrar fortes para a criança, muitas vezes evitando conversar sobre o assunto para não externalizarem suas fraquezas. A criança entende isso como evitamento por parte de seus pais, pois percebe de alguma forma a tristeza e fragilidade deles. Os adultos, por sua vez, acabam depositando na criança de forma inconsciente seus próprios medos, receios e inclusive o silêncio sobre o assunto, dizendo que na verdade é a criança quem é frágil demais, não entende e não conversa sobre a morte, quando, na realidade, isso faz parte de conflitos dos próprios adultos. Como vimos anteriormente, quando um irmão morre, a criança pode tentar ocupar o lugar dele como forma de proteger os pais. Os pais, como forma de se protegerem tanto de seu próprio sofrimento, como de sofrimento futuro vindo de seu filho, projetam na criança essas características que lhe geram angústia.⁽³⁾

A cumplicidade confere vantagens para ambos os participantes, o que recebe a projeção e o que faz a projeção. Para o primeiro, representa a oportunidade de uma gratificação de impulsos, de realização das fantasias de onipotência, de anuência com suas necessidades defensivas. (...) Já para a pessoa que projeta, os principais benefícios trazidos por essa cumplicidade são a experiência vicária da gratificação dos impulsos através da atuação do receptor da projeção, além da externalização de seus próprios conflitos ainda não resolvidos (...).⁽³⁾

A criança será pressionada a absorver a angústia do luto vinda dos pais e a representar dentro da família, inclusive a fingir que nada está acontecendo, se essa for a forma com que os adultos lhe “obrigam” a agir. Porém, em vez de concordar, a criança será capaz de “digerir” essas necessidades e devolvê-las aos pais, a fim de que eles possam elaborá-las de forma positiva. Esses elementos são voltados para os pais como novo objeto introjetado, dando-lhes idéia de como lidar com novas situações que poderão lhes causar dor e ansiedade. Isso se dá mediante o relacionamento de liberdade entre os membros pertencentes a essa dinâmica familiar. Se esse movimento for mal-sucedido, a criança pode reagir de outra forma, dirigindo aos pais uma nova projeção, controlando assim o objeto no interior do outro.⁽³⁾

No caso em questão, não podemos dizer que houve movimento mal-sucedido, uma vez que a família, mesmo não entendendo de início que suas angústias estavam projetadas na criança, procurou auxílio para entender por que a filha fingia que nada estava acontecendo. Neste caso, coube ao processo psicoterápico identificar as angústias, analisá-las e devolvê-las aos pais como pertencentes a eles e não à criança, que por sinal estava elaborando seu luto de forma esperada e saudável. Sendo assim, o espaço terapêutico e a relação com a terapeuta foram intermédio para que a criança pudesse devolver aos pais essa angústia e para que esses pais pudessem introjetá-la e elaborarem-na a seu modo, assim como sua filha estava fazendo.⁽³⁾

A psicoterapia breve e a ludoterapia

A forma de atendimento para o caso em questão, além da ludoterapia, adotada pelos psicólogos infantis em geral, também utilizou a psicoterapia breve. A escolha desta se justifica pela necessidade de otimizar o tempo do tratamento, uma vez que o número de pacientes que buscam o atendimento psicoterápico no Ambulatório do HSPE é elevado e também porque havia demanda dos pais para que se verificasse não só o estado emocional da criança mas também as necessidades deles próprios enquanto responsáveis pela fila. Após levantamento, essas questões seriam, por fim abordados com eles.

Conforme será descrito nos próximos capítulos, na Psicoterapia Breve, juntamente com o paciente, o terapeuta define a questão de maior importância para ambos, estabelecendo o foco a ser trabalhado. Quando se trata de atendimento infantil, esse foco é estabelecido com os pais, por meio de entrevistas iniciais. Com os pais da criança que foi analisada, a queixa inicial era a de que a filha “estava fingindo que nada havia acontecido” (sic), uma vez que sua irmã mais velha havia se suicidado meses antes e a menina não falava sobre o assunto. Logo, o foco estabelecido, como dito anteriormente, nesse caso foi o de entender a demanda não só da criança, mas também de seus pais, fazer as possíveis intervenções com a família, além de também auxiliá-los na elaboração esperada do luto, caso houvesse necessidade.

Após as entrevistas iniciais e o estabelecimento do foco, a próxima questão colocada foi o número de sessões e o tempo de duração para cada uma delas. A princípio formulamos um enquadre de 12 sessões, realizadas uma vez por semana com duração de 50 minutos cada. A cada momento, durante o processo psicoterápico, esse enquadre pode ser modificado para mais sessões ou para possível alta antes do tempo estimado, tudo isso dependerá da forma com que o paciente aproveita sua psicoterapia. Essas 12 sessões

foram utilizadas tanto com a criança como com os pais, tendo bom aproveitamento da família, sem necessidade de estender o número de atendimentos.

A Ludoterapia foi introduzida por Klein, a partir dos estudos e trabalhos feitos por Freud, a fim de justificar a importância da análise de crianças não só para fins pedagógicos, além de defender a técnica para utilização em crianças de qualquer faixa etária. Outros estudiosos também escreveram e utilizaram a ludoterapia como método de investigação do funcionamento psíquico infantil. Além do brincar, que é a principal forma de análise, utiliza-se também a associação livre, sonhos, atuação (*acting out*), desenhos e, algumas vezes, testes psicológicos para auxiliar tanto no tratamento como no diagnóstico.⁽¹²⁾

Segundo Affonso, na época que a ludoterapia começou a ser estudada, alguns autores consideravam o brincar como atividade normal da criança, inocente. Porém, para Klein, essa mesma atividade considerada como normal. Levou-a a pensar sobre existir uma natureza simbólica, na qual, concordando com Freud, acreditava que a criança expressava e elaborava suas angústias através das brincadeiras. Ela entendia que, quando a criança não conseguia associar livremente, era pelo simples motivo de que não possuía capacidade de transformar seus pensamentos em palavras. Por meio da inversão de papéis e da repetição em suas brincadeiras, podemos ver como a criança controla sua ansiedade frente ao trauma. Em vez de assumir seu papel real - que é o passivo - ela o inverte para o ativo, tomando conta da situação, controlando, assim, suas angústias. Essa externalização fantasiosa, por intermédio do brincar é considerada pela psicanálise clássica como forma que a criança utiliza para elaborar seus conflitos e traumas.^(11,12)

Affonso diz ainda que “o brinquedo é a linguagem da criança, por isso é importante que o terapeuta saiba quais são esses códigos gerais da linguagem manifestada por ela.” Logo, está defendendo que, por mais que cada

objeto tenha um significado comum, cabe a nós, terapeutas, identificarmos o simbolismo que aquele objeto tem para a criança que está em análise naquele momento. Temos que levar em conta o contexto no qual o objeto está inserido, a forma com que a criança o traz para o brincar, além de que antes de se fazer a interpretação lúdica, devemos considerar a queixa e as informações colhidas pelos pais nas entrevistas.⁽¹³⁾

O ambiente no qual atendemos uma criança é o mesmo que atendemos um adulto. Sala com objetos neutros para que nada influencie ou induza o paciente a não associar livremente, ou seja, falar sobre as coisas, quiser. Para um *setting* infantil, além da caixa lúdica como o diferencial, é sugerido que tenha pelo menos uma pia ou um recipiente com água de fácil acesso para que a criança possa utilizá-la caso se suje com alguma atividade. Além disso, a água também é “objeto lúdico” de extrema significância para interpretação simbólica. “A sala de atendimento é o espaço onde o terapeuta deve propiciar à criança ambiente favorável à manifestação de sua afetividade, seus conflitos e suas angústias”. A partir do momento que fechamos a porta da sala, ela se transforma em *setting* terapêutico, no qual o terapeuta é o intermediador para que ali ocorra o encontro do paciente com ele mesmo.⁽¹³⁾

A caixa lúdica é de extrema importância no atendimento infantil, uma vez que representa os conteúdos internos existentes no inconsciente da criança. Pode ser interpretada não como só “representante dos conteúdos egoicos” mas também como a “estrutura que está em contato com o mundo”. Nela, guardamos os brinquedos e materiais que serão utilizados pelo terapeuta e pela criança durante todo o processo psicoterápico.⁽¹³⁾

Dentre as inúmeras categorias de brinquedos que possam conter em uma caixa lúdica, existem alguns objetos que são essenciais e mais importantes. A caixa pode ser aprimorada com outros tipos de brinquedos além daqueles considerados de

maior importância, porém cada criança tem necessariamente de possuir a sua própria caixa lúdica, uma vez que, como dito anteriormente, ela representa os conteúdos inconscientes daquela criança. Pode ocorrer também, durante o processo, que o terapeuta sinta a necessidade de acrescentar algum objeto à caixa; este deve ser levado para a sessão separadamente, e durante o atendimento será comunicado ao paciente o acréscimo do objeto.⁽¹⁴⁾

Vários autores mencionam a importância do brincar para o desenvolvimento, principalmente afetivo. Podemos identificar diversos níveis de maturidade a partir das expressões trazidas pelas crianças em suas brincadeiras. Devido a ainda não terem a capacidade de nomear seus sentimentos, o brincar é uma forma rica e importante para que a criança possa expressar seus conflitos e angústias. O fato de não usarem a fala como forma de linguagem não significa que não estejam sentindo, mas sim que talvez ainda não saibam o que aquilo quer dizer e desenvolvem na brincadeira, que é a principal forma de linguagem infantil, esses sentimentos a serem trabalhados e futuramente elaborados na ludoterapia.⁽¹⁵⁾

MÉTODOS

Esta é uma pesquisa de caráter qualitativo, na qual explora-se aspectos subjetivos, fazendo com que pensemos livremente sobre o tema, explorando-o. Visando à análise do caso de uma criança de cinco anos, os atendimentos foram realizados no Ambulatório de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSP/HSPE), no ano de 2015, ocorriam uma vez por semana e tinham 50 minutos de duração.

O caso foi analisado a partir da abordagem psicanalítica, a qual, para seu fundador, Sigmund Freud, se constitui em método de investigação, forma de tratamento e teoria. Isso se dá por meio da associação livre, escuta, observação e atenção flutuante, transferência, contratransferência, entre outros conceitos. Por meio desses requisitos, incluímos a teoria como

meio de interpretação, para assim elaborarmos forma de tratamento. Safra cita a importância de Freud em manter as teorias como complemento do aprendizado tido na análise de seus pacientes. Ressalta, ainda, que teoria e prática estarão sempre em “diálogo permanente”.^(16,17)

Pela abordagem descrita acima, poderão iniciar-se inúmeros tipos de atendimentos psicoterápicos. Dentre eles, a psicoterapia breve e a ludoterapia, que juntas formaram eficiente tratamento para o caso analisado nesta pesquisa.

A Psicoterapia Breve é utilizada por muitos psicanalistas espalhados pelo mundo. Essa é a principal técnica de tratamento adotada pelo Ambulatório de Psicologia do HSPE, uma vez que há procura significativa de atendimento psicológico no local.

Hegenberg relata que Freud tratava de seus pacientes com terapias rápidas, denominadas como Psicoterapias Breves, cujo objetivo era, mediante investigações feitas por entrevistas iniciais, estabelecer foco para o tratamento. Esse foco, nada mais seria que o conflito principal, ou denominado como o de maior importância, tanto pelo paciente, como pelo terapeuta. Além do foco, o terapeuta estipula, ainda, o tempo de duração da psicoterapia e o número de sessões a serem realizadas, bem como sua periodicidade. Isso se dará ao que chamamos de enquadre, forma de contrato terapêutico entre o analista e o analisado. Questões como faltas, reposições, honorários e sigilo também são discutidos no enquadre.⁽¹⁸⁾

Como anunciado anteriormente, o caso analisado é de uma criança de cinco anos, e, para a abordagem psicanalítica infantil, utilizamos a ludoterapia como forma de tratamento. Este conceito foi criado por Melanie Klein, na década de 30, como forma de auxílio no processo analítico infantil. Em vez de associar livremente pela fala, a criança trabalha seus conflitos, angústias e fantasias inconscientes por intermédio do brincar. Klein utilizava os brinquedos dos próprios filhos, colocava-os

em uma caixa de papelão e levava-os para o atendimento. Hoje, contendo um padrão de brinquedos para ambos os gêneros, além de material gráfico para a elaboração de desenhos, por exemplo, a Caixa Lúdica é considerada o mundo interno da criança, local onde se encontram seus conteúdos mais profundos.⁽¹¹⁾

Deve ser ressaltado, ainda que, durante o tratamento em psicoterapia infantil, são feitas entrevistas iniciais e sessões de devolutiva com os pais ou responsáveis da criança analisada, a fim de deixá-los cientes dos principais ocorridos ao longo do processo, mantendo a ética profissional e o sigilo estabelecido no enquadre com a criança.

Com a finalidade de manter a integridade da paciente e de seus familiares, os nomes citados na pesquisa são fictícios e serão preservados quaisquer elementos que facilitem a identificação dos sujeitos analisados.

O responsável pela criança autorizou o trabalho elaborado através da análise do caso, constando, assim, o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

Descrição do caso clínico

Alice é uma criança de cinco anos que, segundo relato dos pais - Carlos e Roberta - e conforme descrito em seu encaminhamento escolar, sempre foi muito tranquila e esperta, brinca e interage com as pessoas normalmente. Roberta procurou a Seção de Psicologia do IAMSPE/HSPE em virtude de Alice mudar seu comportamento habitual após Juliana, irmã mais velha desta, ter se suicidado meses antes. Elas mantinham relação muito próxima antes do ocorrido e após isso, os pais começaram a observar que Alice não mencionava mais a irmã e começou a se comportar de forma agressiva com seus colegas de escola (sic). Além disso, após a morte de Juliana, que ocorreram no local onde residiam, a família se mudou às pressas para um lugar menor e mais aconchegante, não voltando mais à casa antiga.

Conforme ocorriam as primeiras entrevistas com os pais, percebeu-se certa

resistência deles em dar a notícia à criança sobre a morte de sua irmã. Mencionaram que Alice sabia que Juliana havia ido “morar com o papai do céu”, porém em nenhum momento lhe disseram que a irmã de fato não voltaria mais. Essa dificuldade em conversarem sobre morte com Alice ficou mais evidente quando relataram que eles mesmos não conversavam entre si sobre o assunto. Roberta e Carlos sofriam sua dor separadamente e não conseguiam compartilhar entre si os sentimentos relativos à morte de Juliana, o que dificultava ainda mais que conversassem sobre os fatos com a filha mais nova. Os pais mostram-se preocupados quanto a Alice vê-los chorando e sofrendo, o que já havia acontecido algumas vezes e que acabou se tornando mais um motivo para sofrerem em silêncio.

Além dessa resistência, surgiram questões evidenciadas dos pais em que Alice “fugia” de assuntos que tinham relação com a irmã. Exemplos disso foram quando a criança estava vendo um desenho que normalmente assistia com a irmã e Roberta ou Carlos a lembravam: “Você assistia a esse desenho com a Juliana, não é, Alice?”. Imediatamente Alice respondia que sim e mudava de canal. Ou então quando fazia um desenho da família em que Juliana não estava presente ou quando desenhava duas garotas e dizia que era ela uma amiga, quando a mãe acha que na verdade são Alice e Juliana. Porém, Alice mencionava a irmã e a falta que sentia dela de outras formas que não necessariamente a fala. Por relato dos próprios pais, Alice pedia para a mãe cozinhar refeições que ela e Juliana faziam juntas, ou desenhava ela e a irmã em alguma atividade e fixava o desenho da geladeira.

Após as sessões iniciais com os pais, a criança foi chamada.

Na primeira entrevista, Alice se mostrou tímida, pedindo à mãe que entrasse com ela na sala de atendimento. Brincou em silêncio com alguns objetos, que permaneceram dentro da caixa lúdica, e em seguida deu à terapeuta alguns deles para que os segurasse. Com o

passar dos minutos, Alice começou a falar durante a brincadeira, pegando outros objetos e apoiando-os na aba da caixa lúdica, pedindo à terapeuta a segurasse, do contrário os objetos cairiam.

Nas próximas sessões de entrevista, Alice entrou no consultório sozinha, mostrando ter um pouco mais de confiança. Iniciou as sessões dizendo o que iria fazer e interagiu de forma receptiva aos atendimentos.

Após algumas entrevistas, foi decidida a proposta de tratamento breve para Alice, no qual haveria também orientação aos pais, uma vez que a queixa dirigida à criança poderia ter ligação com a angústia dos responsáveis frente ao próprio luto. Foi decidido o enquadre de 12 sessões, que foram realizadas uma vez por semana, com duração de 50 minutos cada.

Na sessão em que foi conversado com Alice sobre o enquadre, ela e a terapeuta fizeram uma brincadeira em que interagiam por meio de gestos repetitivos com as mãos. Alice não conhecia essa brincadeira, então a terapeuta a ensinou.

Após uma sessão para fechar o enquadre com os pais, Alice iniciou seu processo psicoterápico breve.

Ao longo dos atendimentos, Alice evidenciou algumas questões que não estavam ligadas à queixa e sim ao seu desenvolvimento, portanto, traremos aqui um resumo das sessões em que a criança demonstrou, por meio do brincar, o conflito inicial (no caso, o luto) e a elaboração desse conflito. Além de evidenciar sua boa relação e seu vínculo com a terapeuta.

Em sua segunda sessão de ludoterapia, Alice pegou alguns objetos e disse:

- Eles estão se mudando para outra fazenda, porque na antiga teve uma enxurrada que destruiu tudo. Na fazenda nova também teve uma enxurrada, mas não destruiu tudo.

Em seguida, formou uma família: mãe, pai, e dois filhos. Alice colocou o filho mais novo embaixo da mãe e disse:

-Será que ele aguenta a mamãe?

E então a terapeuta respondeu:

-Mas ele é um bebê, não pode aguentar a mãe.

Em seguida, Alice colocou a mãe embaixo do pai e disse:

-Olha! A mamãe aguenta o papai. Não, ela aguenta a família toda.

-Eu acho que a mamãe precisa de uma ajudinha para poder carregar a família toda, você não acha?

Nesse momento, ela respondeu que sim e mudou a brincadeira.

Nesse caso, percebe-se em Alice que, ao ser mencionado que a terapeuta entende que seus familiares também precisam de ajuda, ela muda a brincadeira. Isso também foi evidenciado nas sessões seguintes, quando deixou de lado, “descansando”, objetos nomeados como “os pais”, mostrando que talvez gostaria de trabalhar outras questões, já que a preocupação com o sofrimento dos pais estava elaborada.

Alice também evidenciou, nessas primeiras sessões, seu vínculo com a terapeuta por meio de objetos pessoais desta, não pertencentes à caixa lúdica. Ao longo dos atendimentos, esse vínculo se fortaleceu, fazendo com que percebessemos que Alice demonstrava na relação com a terapeuta repetição do modelo dos vínculos que ela estabelecia com as figuras femininas. Nesse caso podemos evidenciar sua relação com a mãe, e mais ainda, com Juliana. Esse fenômeno nomeamos Transferência, definido por Freud no início do século XX.⁽¹⁶⁾ Ele descreve em seu texto sobre a Dinâmica da Transferência que, quando alguém encontra-se insatisfeito quanto a relações anteriores com figuras especiais, essa pessoa projetará algumas características dessa relação em uma nova pessoa. Essas características podem ser tanto boas como ruins, tanto da relação em geral como características específicas da pessoa, tudo dependerá da forma que o paciente estabeleceu o vínculo com aquela figura especial. Se o vínculo for negativo e isso for um conflito

para o paciente, ele projetará no analista essas características, como tentativa inconsciente de elaboração. O mesmo ocorre quando o vínculo é positivo ou interrompido. Lembrando que esse é um processo inconsciente e que em nenhum momento o paciente terá esses atos de forma consciente ou proposital.⁽¹⁶⁾

Na psicoterapia breve, não fazemos interpretações com o paciente sobre a transferência e tampouco aprofundamos com ele esse assunto, uma vez que há pouco tempo em sessões para abordar tema tão complexo que demanda anos de experiência psicoterápica.

No caso de Alice, ela estava transferindo para a terapeuta parte do vínculo e das vivências que tinha com a irmã. Algumas vivências foram relatadas pelos pais, e mesmo que não pudéssemos interpretá-las em sessão, foi importante abordar o assunto, uma vez que era essa a angústia da paciente naquele momento. Alice transferia para a terapeuta essa repetição como forma de reviver e mostrar que sentia falta de uma figura importante para si e que não estava mais presente em sua vida. Era a forma dela elaborar seu luto. Ressaltamos aqui que essa transferência não era só direcionada à terapeuta e muitas vezes não dizia respeito somente à sua relação com Juliana, mas sim com outras figuras femininas que também possuíam papel importante em sua vida. Porém, como dito anteriormente, como não fazemos interpretação profunda sobre o assunto em psicoterapia breve, relatamos aqui a que mais teve evidência nas sessões com Alice.

Demonstrava ciúmes e irritabilidade, principalmente quando trocava de papel e passava a ser a figura ativa na relação. Ao inverterem os papéis, Alice conseguia externalizar sua angústia frente às relações com figuras de autoridade. Exigia compartilhamento de segredos e estabelecia relação simbiótica com figuras mais próximas. A mãe relatou que era assim com Juliana, e, mais uma vez, Alice estava transferindo para a sessão essa relação que procurava manter com a irmã. Quando citamos a relação simbiótica, queremos nos referir que Alice tendia a não separar o que é dela e o que é do outro. Quando

ela estabelecia vínculo com alguém, o que era do outro passava a ser dela também e vice-versa. Ou seja, não existia individualidade nas relações que Alice estabelecia e isso também fazia parte da transferência. Aos poucos, Alice pôde vivenciar o fato de que existiam coisas que eram só dela, assim como só a terapeuta poderia possuir suas próprias coisas. Elas poderiam ser emprestadas e devolvidas, tanto entre as duas, como com pessoas de fora dessa relação, porém, elas continuavam pertencendo a uma pessoa só.

Nas sessões finais, todas as questões conflituosas evidenciadas por Alice, foram elaboradas de forma positiva. Podemos citar como exemplo disso a brincadeira da paciente em sua última sessão, na qual a terapeuta se ofereceu para dar o remédio para a filha de Alice, e ela, em seguida, fingiu dormir, como forma de demonstrar que além ter aceitado o tratamento que lhe foi oferecido, estava bem e pronta para descansar. Isso foi apontado para ela. Ao final, elas interagiram pela brincadeira com as mãos que a terapeuta havia lhe ensinado no início do processo psicoterápico.

Com os pais, foram feitas intervenções ao longo dos atendimentos, permitindo um espaço no qual se pensasse acerca dessa relação familiar e da existência de medos e angústias advindos de Carlos e Roberta. E por não suportarem esses sentimentos, projetavam-nos em Alice, como se fosse ela quem os sentisse e não eles. Isso foi apontado para os pais da criança, além de mencionado também o quanto Alice estava bem e elaborando seu luto normalmente. Os pais não só concordaram com a interpretação, como também aceitaram receber auxílio para uma melhor aceitação e elaboração do próprio luto.

CONCLUSÃO

A importância da psicoterapia e orientação de pais no entedimento da dinâmica familiar e da elaboração do luto

Ao longo do processo que durou pouco mais de três meses, foi percebido o quanto a angústia dos pais estava projetada na criança.

Muitos medos os rondavam, e admitir que sua filha não voltaria mais tornou-se um ato impossível de assumirem para si, ainda mais se tratando de morte tão delicada e cheia de julgamentos como o suicídio.

Essa possível não aceitação fez com que esses pais entendessem que quem não estava conseguindo elaborar o luto era a criança e não eles mesmos. O fato de eles não conversarem entre si sobre a morte de Juliana dificultava ainda mais que enxergassem que Alice estava lidando com a falta da irmã com outro tipo de linguagem sem ser a fala.

Pelas entrevistas iniciais, percebeu-se como os membros dessa família estavam tentando elaborar seus lutos de forma exclusivamente individual, sem qualquer interação entre si. Conforme ocorriam os atendimentos com Alice, além das questões já citadas, notou-se também que a criança tinha como conflito outros assuntos que estavam ligados ao luto, mostrando que, diferente do que os pais pensavam, ela o estava elaborando da forma esperada para sua idade. A mudança repentina na vida da família, e percebida por Alice por meio da “enxurrada”, o fato de tentarem esconder coisas que ela já entendia e percebia, ou que insistia em saber, acabaram sendo os maiores conflitos trazidos pela repetição e que foram elaborados ali mesmo, evidenciando sua capacidade de aceitação, principalmente com questões relacionadas à morte da irmã.

No final do processo, a psicoterapia de Alice acabou auxiliando os pais a perceberem a importância de aceitarem e trabalharem o próprio luto, e de conversarem entre si para assim conseguirem dialogar com Alice de uma forma natural.

Os pais tinham dificuldade de aceitar e entender que Alice demonstrava de muitas formas a falta que sentia da irmã. Ao brincar com uma boneca e deixá-la dormindo enquanto o restante da família continuava com suas atividades, Alice demonstrava que sabia da ausência da irmã, por isso a deixava dormindo,

porém ela ainda estava ali entre eles, viva na memória dela. Ao desenhá-las e fixar o desenho na geladeira, estava querendo manter conservada a imagem da irmã. Alice tentava dizer aos pais, por meio desses exemplos, que sabia o que estava acontecendo e que não esqueceria Juliana como eles pensavam. Porém, com tantos medos e angústias não elaborados por esses pais, eles não conseguiam sequer entender que Alice dizia muito mais por intermédio dos desenhos e do brincar. Eles a tratavam como uma criança que estava impossibilitada de entender a morte da irmã, porém esperavam que ela tivesse atitude de adulto e demonstrasse somente pela fala a saudade que sentia.

Carlos e Roberta demonstravam desejo de garantir que não houvesse complicações futuras no desenvolvimento psíquico de Alice.

O que foi percebido é que Alice é uma criança saudável e psiquicamente capaz de lidar com essa situação da forma esperada para sua idade. Os pais entenderam, pelas devolutivas, que a dificuldade de aceitação estava dentro deles e não em Alice e que isso deveria ser olhado com mais cuidado.

Neste caso em análise, a psicoterapia trouxe grande auxílio para essa família, não só no entendimento de como sua dinâmica havia sido mantida por conta do luto, mas também como forma de mostrar para esses pais a importância de aceitarem suas fraquezas e trabalhá-las, uma vez que a morte de Juliana será uma marca que eles levarão para o resto da vida, e lidar com isso não é só assumir fraqueza, mas é também de aceitar em si o quanto têm a capacidade em serem fortes para lidarem com esse luto.

REFERÊNCIAS

1. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
2. Hillman J. Suicídio e alma. Petrópolis, RJ: Vozes; 1976.
3. Meyer L. Família: dinâmica e terapia. 2. ed. São Paulo: Brasiliense; 1987.
4. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. Traduzido por Menezes P. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
5. Freud S. Luto e Melancolia (1971 [1915]). Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914 – 1916). Tradução e notas de Souza PC. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
6. Freud S. Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914 – 1916). Tradução e notas de Souza PC. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
7. Bowlby J. Apego e perda: perda, tristeza e depressão. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
8. Cassorla RM. Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In: Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p.91-112.
9. Freud S. Escritos sobre a guerra e a morte (1915). Traduzido por Morão A [Internet]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2009. [citado 2017 Jan 15]. Disponível em: http://www.lusosofia.net/textos/freud_sigmund_da_guerra_e_da_morte.pdf.
10. Aberastury A. A percepção da morte na criança. In: Aberastury A e colaboradores. A percepção da morte na criança e outros escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. p.128-139.
11. Klein M. Psicanálise da criança. Traduzido por Chaves LP, Revisão técnica de Ferreira JA. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
12. Afonso RM. Breve histórico da técnica. In: Afonso RM. Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.58-63.

13. Afonso RM. O brinquedo, sua evolução e seus possíveis significados. In: Afonso RM. Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.78-99.
14. Afonso RM. O sintoma no diagnóstico infantil. In: Afonso RM. Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 102-106.
15. Tardivo LS. O brinquedo e o desenho: expressão e comunicação de e com crianças – possibilidades diagnósticas e interventivas. In: Afonso RM (Org.). Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.175-189.
16. Freud S. Dinâmica da transferência. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Traduzido por Souza PC. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
17. Safra G. O uso do material clínico na pesquisa psicanalítica. In: Silva ME (Coord.). Investigação e psicanálise. Campinas: Papirus; 1993. p.119-132.
18. Hegenberg M. Psicoterapia breve psicanalítica. Temas, São Paulo. 1996; 26(51):38-50.

Yasmin Gama Abuawad¹, Ticiana de Andrade Castelo Branco Diniz¹, Fabiana Oliveira da Silva¹, Marcella Amaral Horta Barbosa¹, Neusa Yuriko Sakai Valente¹, Marli Sasaki²

Herpes simples disseminado simulando penfigoide bolhoso

Disseminated herpes simplex mimicking bullous pemphigoid

Relato de Caso

1. Serviço de Dermatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

2. Serviço de Moléstias Infecciosas do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Apresentações atípicas de herpes simples são temas de elevada relevância em pacientes com doenças hematológicas. Relatamos caso de paciente do sexo feminino, 66 anos, imunossuprimida, com surgimento de vesículas e bolhas tensas disseminadas, inclusive mucosa oral, com piora rápida. Realizada biópsia que evidenciou clivagem intraepidérmica com queratinócitos balonizados, acantolíticos e multinucleados, e imunohistoquímica positiva para Herpes 1 – 1:1000 e para Herpes 2- 1:2000, corroborando com diagnóstico de infecção pelo herpes vírus tipo 1 e 2. Herpes simples em imunossuprimidos pode apresentar-se de forma atípica, devendo ser aventada sua hipótese para abordagem precoce.

Descritores: Herpes Simples; Penfigoide bolhoso; Relatos de casos

ABSTRACT

Atypical herpes simplex presentations are subjects of high relevance in patients with hematological diseases. We report a case of female patient, 66 years old, immunosuppressed, with onset of vesicles and disseminated blisters, including oral mucosa, with rapid onset. A biopsy was performed which showed intraepidermal cleavage with ballooning, acantholytic and multinucleated keratinocytes and positive immunohistochemistry for Herpes 1 - 1: 1000 and for Herpes 2 - 1: 2000, corroborating with a diagnosis of herpes virus type 1 and 2 infection. Herpes simplex in immunosuppressed patients may present atypical, and should be hypothesized for an early approach.

Keywords: Herpes simplex; Bullous pemphigoid; Case reports

Data de submissão: 25/12/2016

Data de aceite: 19/01/2017

Correspondência

Ticiana de Andrade Castelo Branco Diniz
Serviço de Dermatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Borges Lagoa 1755, 4º andar -Vila Clementino - CEP: 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: tigidiniz@hotmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Dermatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O herpes simples constitui doença infectocontagiosa crônica e geralmente recorrente, tendo como agente etiológico o vírus herpes simples (HSV) tipo 1 e 2. Em pacientes imunossuprimidos podem surgir lesões atípicas, verrucosas, exofíticas, pustulosas ou ulcerativas, disseminadas, recorrentes, que podem ser resistentes ao uso de aciclovir. As infecções por vírus do herpes simples e varicela zoster são as mais comuns em pacientes com leucemia linfocítica crônica (LCC), devendo ser aventadas como hipóteses ou diagnósticos diferenciais. Segue relato de paciente portadora de LLC, apresentando quadro cutâneo que simulava penfigoide bolhoso.⁽¹⁻³⁾

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 66 anos, apresentava quadro febril e prostração, associados a erupção difusa de vesículas e bolhas tensas com base eritematosa e crostas, algumas com necrose central (Figuras 1 e 2), além de envolvimento de mucosa oral (Figura 3) e ceratite bilateral há 03 dias da internação.

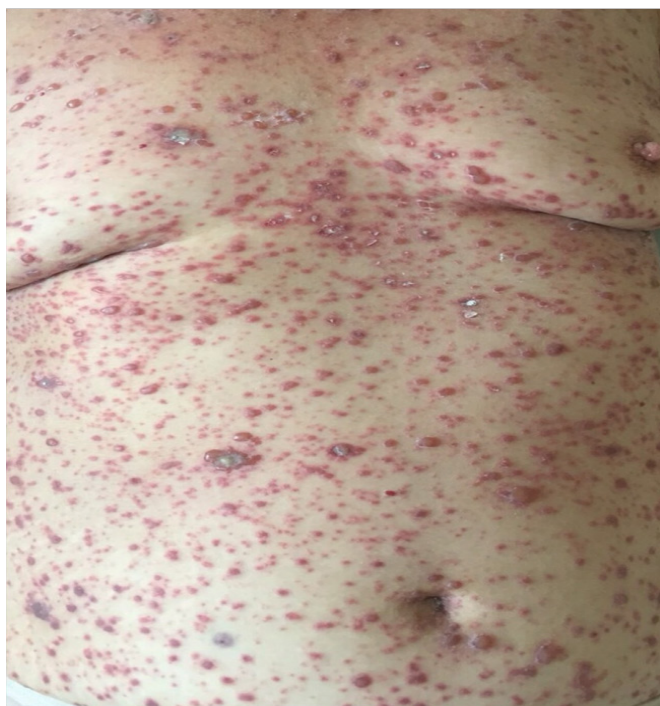


Figura 1: Vesículas, bolhas e crostas em base eritematosa disseminadas em tronco



Figura 2: Detalhe de lesões bolhosas tensas e vesículas dessecadas em flanco

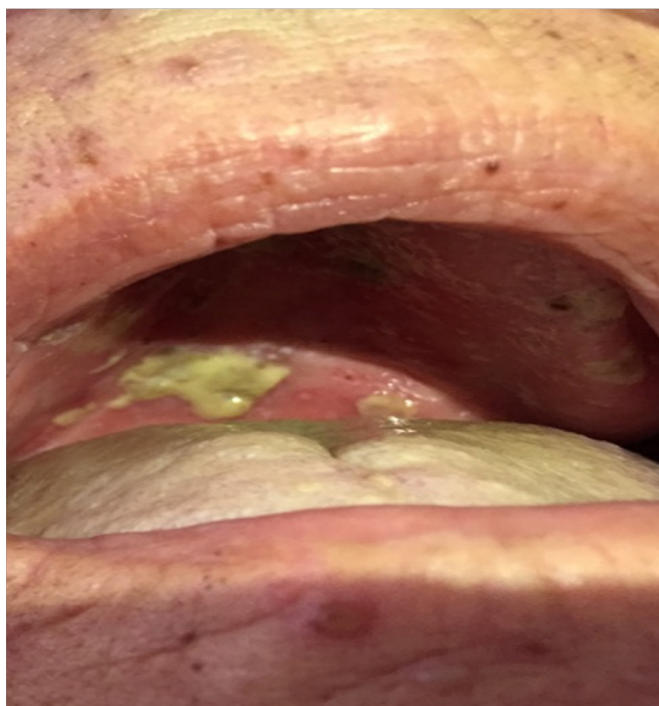


Figura 3: Lesão aftóide em palato

Apresentava antecedente de leucemia linfocítica crônica tratada há dois anos, com recaída nos últimos meses, além de bronquite crônica e lesão sugestiva de carcinoma espinocelular em face com programação cirúrgica. Além disso, apresentava-se com broncopneumonia de lobo pulmonar direito tratada com ceftriaxone, clindamicina, claritromicina e aciclovir. Como se trata-

va de quadro atípico em paciente imunossuprimida, foram levantadas hipóteses de doenças bolhosas como penfigoide bolhoso e dermatite herpetiforme, além de farmacodermia e herpes simples disseminado. Em 02 dias, evoluiu com piora do quadro geral e cutâneo, choque séptico e necessidade de ventilação mecânica, sendo ampliado espectro antibiótico e introduzido antifúngico (anfotericina B). Apresentava culturas de sangue periférico para bactérias, micobactérias e fungos negativas, sorologia para citomegalovírus negativa (CMV). Teste de Tzank não foi realizado em virtude da introdução precoce de aciclovir. Foi realizada biópsia de vesícula, que evidenciou dermatite vesicular acantolítica intraepidérmica com queratinócitos balonizados, acantolíticos e multinucleados (Figura 4), e imunohistoquímica positiva para Herpes 1 – 1:1000 e para Herpes 2- 1:2000, corroborando com diagnóstico de infecção pelo herpes vírus tipos 1 e 2. Paciente evoluiu para óbito por choque séptico de foco cutâneo e pulmonar.

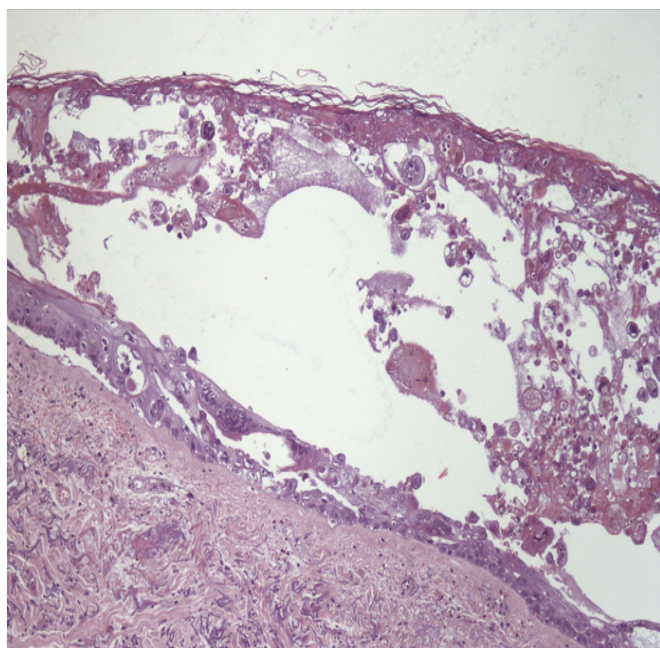


Figura 4: Aumento 100X, dermatite vesicular acantolítica intraepidérmica

DISCUSSÃO

O herpes simples é doença infectocontagiosa geralmente crônica e recorrente, causada pelos vírus herpes simples tipos 1 e 2. A transmissão ocorre por

meio de superfícies mucosas ou soluções de continuidade na pele. Os principais sítios incluem a mucosa oral, ocular, genital e anal. As infecções cutâneas podem apresentar variada expressão clínica. A apresentação típica em imunocompetentes consiste em erupção de vesículas dolorosas em base eritematosa, podendo progredir para pústulas e ulcerações. Infecções cutâneas pelo vírus herpes simples são comuns em imunossuprimidos, como em pacientes transplantados, portadores de linfomas, leucemia linfocítica crônica e AIDS. Em tais situações, pode ocorrer quadro atípico com lesões disseminadas, recorrentes e resistentes ao uso de aciclovir, ou ainda lesões verrucosas, exofíticas, pustulosas ou ulcerativas. O vírus mais comumente se dissemina por via hematogênica, como confirmaram estudos que demonstraram DNA viral em sangue periférico em presença de herpes labial aguda. O quadro de doença disseminada pode incluir hepatite, encefalite e pneumonia e ocorre mais frequentemente em pacientes com neoplasias hematológicas, transplantes de medula óssea e de outros órgãos.⁽²⁻⁴⁾

Infecções são a principal causa de morte em pacientes com leucemia linfocítica crônica, e as infecções por herpes simples e varicela zoster são as mais comuns. O seu controle inicial necessita da imunidade celular, e a suscetibilidade de pacientes com LLC é resultado de deficiência de imunoglobulinas e disfunção de células T. A gravidade e extensão do quadro depende do grau de imunossupressão. A paciente apresentava-se com quadro de base de LLC tratada e quadro cutâneo disseminado, simulando doença bolhosa autoimune, mas como apresentava quadro grave, optou-se por tratá-la para infecção herpética com aciclovir até o resultado da biópsia cutânea. Apesar disso, a paciente evoluiu com piora das lesões cutâneas e das intercorrências infecciosas.⁽²⁻³⁾

Em apresentações atípicas, a cultura viral e biópsia da lesão com

imunohistoquímica sugerem o diagnóstico definitivo. Em imunocomprometidos, a terapia com aciclovir deve ser iniciada prontamente, e, em caso de não resposta em 5 a 7 dias, há possibilidade de resistência a aciclovir e a drogas relacionadas; culturas para bactérias, fungos e vírus devem ser realizadas. Em caso de resistência, deve-se

substituir o aciclovir por foscarnet, cidofovir ou vidarabina. Tendo em vista, portanto, que infecção por herpes em imunossuprimidos pode se apresentar de forma atípica, deve ser lembrada como hipótese para diagnóstico e terapêutica precoces, na tentativa de melhorar a morbidade, evolução e desfecho do quadro. ⁽²⁾

REFERÊNCIAS

1. Lupi O. Herpes simplex. *Bras Dermatol.* 2000;75(3):261-275.
2. Khera P, Haught JM, McSorley J, English JC. Atypical presentations of herpes virus infections in patients with chronic lymphocytic leukemia. *J Am Acad Dermatol.* 2008;60(3): 484-486.
3. Garib G, Hughey LC, Elmets CA, Cafardi JA, Andea AA. Atypical presentation of exophytic herpes simplex virus type 2 with concurrent cytomegalovirus infection: a significant pitfall in diagnosis. *Am J Dermatopathol.* 2013;35(3):371-376.
4. Fancher W, Marsch A, Landers J, Scribner J. Disseminated herpes simplex virus presenting as crusted papules on the palms and soles of an immunosuppressed patient. *Dermatol OnLine J* [periódico na Internet]. 2014 [citado 2017 Jan 18]; 20(9):[cerca de 2 p.]. Disponível em: <http://escholarship.org/uc/item/4591n1vb.pdf>.

Gabriel Figueira Bandeira¹, Quétilan Silva Lopes²

Quilotórax traumático por ferimento torácico penetrante

Chylothorax traumatic injury in thoracic penetrant

Relato de Caso

1. Universidade Federal de Alagoas, Campus A.C. Simões, Maceió, AL, Brasil.

2. Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto, São Cristóvão, SE, Brasil.

RESUMO

Este estudo apresenta o caso de um paciente de 18 anos, que foi vítima de trauma torácico e abdominal penetrante por arma branca, evoluindo com quilotórax diagnosticado durante o 5º dia de internação. Para o tratamento foram tomadas condutas conservadora e cirúrgica. Foram realizadas radiografias de controle para avaliação da regressão do volume de líquido pleural e melhora do quadro clínico até a alta hospitalar.

Descritores: Traumatismos torácicos/complicações; Ferimentos penetrantes; Derrame pleural; Quilotórax; Relato de casos

ABSTRACT

This studies presents a case of a 18 year old patient, who was a victim of thoracic trauma and penetrating abdominal stab, evolving with chylothorax diagnosed during the 5th day of hospitalization. For conservative treatment and surgical procedures were taken. Control radiographs were performed to evaluate the regression of the pleural fluid volume and improvement of symptoms until hospital discharge.

Keywords: Thoracic injuries/complications; Wound penetrating; Pleural effusion; Chylothorax; Case reports

Data de submissão: 01/03/2016
Data de aceite: 09/01/2017

Correspondência

Quétilan Silva Lopes
Universidade Federal de Sergipe,
Campus Lagarto, São Cristóvão, SE,
Brasil.
Endereço: Avenida Governador
Marcelo Déda, 13 - Centro - CEP:
49400-000, Lagarto, Sergipe, Brasil.
E-mail: quetilan@hotmail.com

Trabalho realizado:

"Hospital de Urgência de Sergipe", HUSE, Aracaju, SE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O quilotórax é definido como o vazamento de linfa, proveniente do ducto torácico ou vaso linfático maior, para o espaço pleural. Trata-se de condição rara, com incidência de 0,25-0,5% nos casos de cirurgia torácica. Suas principais causas são: neoplasias; causas congênitas; trauma; infecção e trombose de veia cava superior, sendo muito pouco frequente em situações de trauma penetrante por arma branca ou de fogo.⁽¹⁻²⁾

A perda de proteínas, gorduras, vitaminas lipossolúveis, além de linfócitos e anticorpos, pode trazer alterações metabólicas e imunológicas ao paciente com esse quadro clínico. Este estudo descreve um caso de quilotórax traumático por ferimento torácico penetrante por arma branca.⁽¹⁾

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 18 anos, vítima de múltiplos ferimentos por arma branca em região torácica e epigástrica foi admitido no Hospital de Urgência de Sergipe em 29/09/2015, apresentando taquicardia (120 bpm), taquipnéia (30 irpm) e Escala de Coma de Glasgow 15. Após atendimento inicial, foi submetido à drenagem torácica bilateral fechada em selo d'água, por evidência de hemopneumotórax, e laparotomia exploratória xifopúbica, com achado de hematoma retroperitoneal decorrente de lesão de veia testicular esquerda, além de perfuração em antro anterior e posterior do estômago, cólon descendente e hemidiafragma esquerdo.

No 5º dia de pós-operatório (PO), havia débito em dreno torácico à direita de 1300 ml de secreção de aspecto leitoso, suspeitando de derrame quilífero. Realizou-se exame bioquímico do líquido pleural, que apresentou 808 mg/dL de triglicerídeos, confirmando a suspeita

de quilotórax. À radiografia de tórax, foi visualizada opacificação dos campos pleuropulmonares à direita em forma de parábola com concavidade para cima e apagamento do seio costofrênico ipsilateral, com mediastino centralizado. Não foram encontradas alterações em endoscopia respiratória.

Validado

Nome: DIEGO BATISTA Sexo: Desconhe

ID do doente: ALA C Data nascimento:

ID da amostra: 49 Data/hora da coleta:

Localização: Médico:

Ensaio	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão Hora da conclusão
ALBUMINA	1.4	g/L	LOW	3.5-15.8	04.10.2015 12:51
AMILASE	56	UI/L		25-126	04.10.2015 12:51
GLOBULINA	1.3	g/L			04.10.2015 12:54
GLUC	106	mg/dL	CNTL, HIGH	70-100	04.10.2015 12:54
LDH	165	UI/L		125-220	04.10.2015 12:57
PROT TOTAL	2.7	g/L	LOW	6.4-8.3	04.10.2015 12:54
Trig	808	mg/dL	CNTL, HIGH	6-140	04.10.2015 12:55

Fim do registro da amostra

Figura 1: Exame bioquímico do líquido pleural do paciente

Iniciou-se, a partir do diagnóstico, tratamento conservador com dieta hipogordurosa com triglicerídeos de cadeia média e fisioterapia respiratória. Porém, até o 13º PO, o débito da fístula permaneceu alto, além de o paciente manter taquicardia, taquipnéia e evoluir com abolição do murmúrio vesicular em terço médio e inferior à direita e velamento de base ipsilateral em radiografia torácica. Optou-se, então, pelo tratamento cirúrgico por ligadura direta do ducto torácico por toracotomia lateral direita.



Figura 2: Radiografia de tórax em 12º dia de internação



Figura 3: Ligadura de ducto torácico por toracotomia lateral direita

Após a conduta cirúrgica, não houve débito. Retirou-se o dreno em 5º PO de toracotomia, com controle radiológico normal.

O hemitórax esquerdo não manifestou quadro semelhante, sendo realizada a retirada do dreno durante o 8º dia de inter-

nação. Não houve também complicações abdominais após laparotomia exploradora.

O paciente obteve alta hospitalar em 21/10/2015, apresentando níveis moderados de desnutrição, segundo valores bioquímicos e antropométricos, apesar de não se saber o estado nutricional previamente ao trauma.

DISCUSSÃO

A apresentação clínica do quilotórax pode ser variável de acordo com seu fator causal e da quantidade de quilo que se acumula no espaço pleural. Pode manifestar-se mais agudamente, com dispnéia e dor torácica, ou cronicamente, com desnutrição e imunossupressão, por depleção protéica, vitamínica, lipídica, de eletrólitos, imunoglobulinas e linfócitos. Dependendo da ingesta de alimentos ricos em ácidos graxos e da função intestinal, a produção diária de quilo pode chegar a aproximadamente 2500 mL por dia.^(1,3)

Geralmente, o diagnóstico é realizado em torno de 7-10 dias após o trauma, por meio da observação do volume de exsudato drenado diariamente e sua análise bioquímica. Se a dosagem de triglicérides no líquido pleural for superior a 110 mg/dL, confirma-se o diagnóstico de quilotórax. Não existem achados radiológicos específicos que diferenciam o quilotórax de outro tipo de derrame pleural.^(1,4)

O tratamento pode ser conduzido de forma conservadora, por meio de dieta hipogordurosa, com triglicerídeos de cadeia média, e terapias de reexpansão pulmonar, ou clínico-cirúrgico. As opiniões divergem quanto ao momento de optar por conduta mais agressiva, porém não se pode adiar essa alternativa a ponto de a espoliação do quadro clínico não permitir a sua instituição.^(1,5-6)

REFERÊNCIAS

1. Vaz MA, Fernandes PP. Quilotórax. J Bras Pneumol. 2006;32(Supl. 4): S197-S203.
2. Solis-Torres J, Méndez-Jiménez E. Quilotórax bilateral posterior a trauma de tórax cerrado. Acta Méd Costarric. 2014; 56(3):125-27.
3. Esper RC, García JOS, Córdorva CAC. Quilotórax secundário a herida por proyectil de arma de fogo. Cir Ciruj 2009;77:479-482.
4. Jorquera P, Zamorano A, Madrid R. Caso clínico-radiológico: quilotórax. Neumol Pediatr. 2007; 2(2):115-18.
5. Pinochet CV, Donoso AF, Cruces PR. Quilotórax a tensión: reporte de dos casos. Rev Chil Pediatr. 2009; 80(3):256-60.
6. Karkow FJ, Pinto Filho DR, Karkow AG, Gastaldello D, Sbravatti DD. A respeito de um caso de quilotórax bilateral e quiloascite espontâneos: aspectos clínicos e cirúrgicos. Rev AMRIGS, Porto Alegre. 2007; 51(1):62-66.

Alex Freire Sandes¹, Alexandre Szulman¹,
Fábio Lima Lino¹

Reações transfusionais agudas: identificação, diagnóstico e tratamento

*Acute transfusional reactions - identification, diagnosis and
treatment*

Revisão

RESUMO

1. Serviço de Hemoterapia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Reações transfusionais são agravos esperados à saúde, relacionados à infusão de hemocomponentes, e podem ser classificadas como agudas (ocorrem dentro de 24 horas da transfusão) ou tardias (ocorrem após 24 horas da transfusão). A incidência de reações transfusionais no HSPE é de quatro reações para cada 1000 bolsas transfundidas (0,4%), sendo as mais comuns a reação febril não hemolítica e reação alérgica leve. Apesar de sua baixa incidência, é de extrema importância o seu rápido reconhecimento para definição de conduta apropriada, uma vez que algumas reações são potencialmente graves, podendo ocasionar até a morte. O objetivo do presente artigo é revisar as principais reações transfusionais agudas bem como o seu tratamento e prevenção.

Descritores: Reação transfusional/diagnóstico; Reação transfusional/tratamento; Reação transfusional/prevenção & controle

ABSTRACT

Transfusion reactions are related a transfusion of blood and blood components. This are classifield acute (until 24 hours after the transfusão) or delayed (after 24 horas the transfusão). The incidence of transfusion reactions in HSPE is 4 reações for a 1000 blood bags transfundidas (0,4%), the most common are febril reaction non-hemolityc and allergic reactions. Despite your low prevalence, it is the extremely importance your quickly as possible indentify for definition de medical management, because some acute reaction the threat to life. The objective this article is rewiew the most important acute transfussion reaction and the treatment and prevention.

Keywords: Transfusional reaction/diagnosis; Transfusional reaction/therapy; Trasnfusional reaction/prevention&control

Data de submissão: 24/01/2017
Data de aceite: 06/02/2017

Correspondência

Fábio Lima Lino
Serviço de Hemoterapia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo 1800, 6º andar - Vila Clementino - CEP 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: hemoterapia@iamspe.sp.gov.br

Trabalho realizado:

Serviço de Hemoterapia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Reações transfusionais são agravos esperados à saúde relacionados à infusão de hemocomponentes. Algumas vezes podem ser desencadeadas por erros transfusionais. Segundo o último Boletim de Hemovigilância publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a expectativa de ocorrência é de 3 a 5 reações para cada 1000 bolsas transfundidas (0,3 a 0,5%). No período de janeiro de 2011 a setembro de 2016 registramos a ocorrência de 410 reações transfusionais no Hospital Público Estadual de São Paulo, com incidência local de 4 reações para cada 1000 bolsas transfundidas (0,4%; Figura 1 e Tabela 1). Apesar da baixa incidência, é de extrema importância o seu reconhecimento por parte dos médicos, para que possam preveni-las ou tratá-las adequadamente e ponderarem ainda mais sobre a relação risco/benefício de uma transfusão, já que algumas delas podem não ser benignas e aumentam a morbimortalidade dos pacientes. Dessa forma, com o objetivo de ampliar a hemovigilância nacional, ocorreu, em 2015, a publicação pela ANVISA do “Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância”, o qual engloba a vigilância de eventos adversos em todas as fases do ciclo do sangue (coleta, processamento e transfusão) e que, no que se refere à parte transfusional desse ciclo, padroniza os conceitos e procedimentos referentes às reações transfusionais.^(1,2)

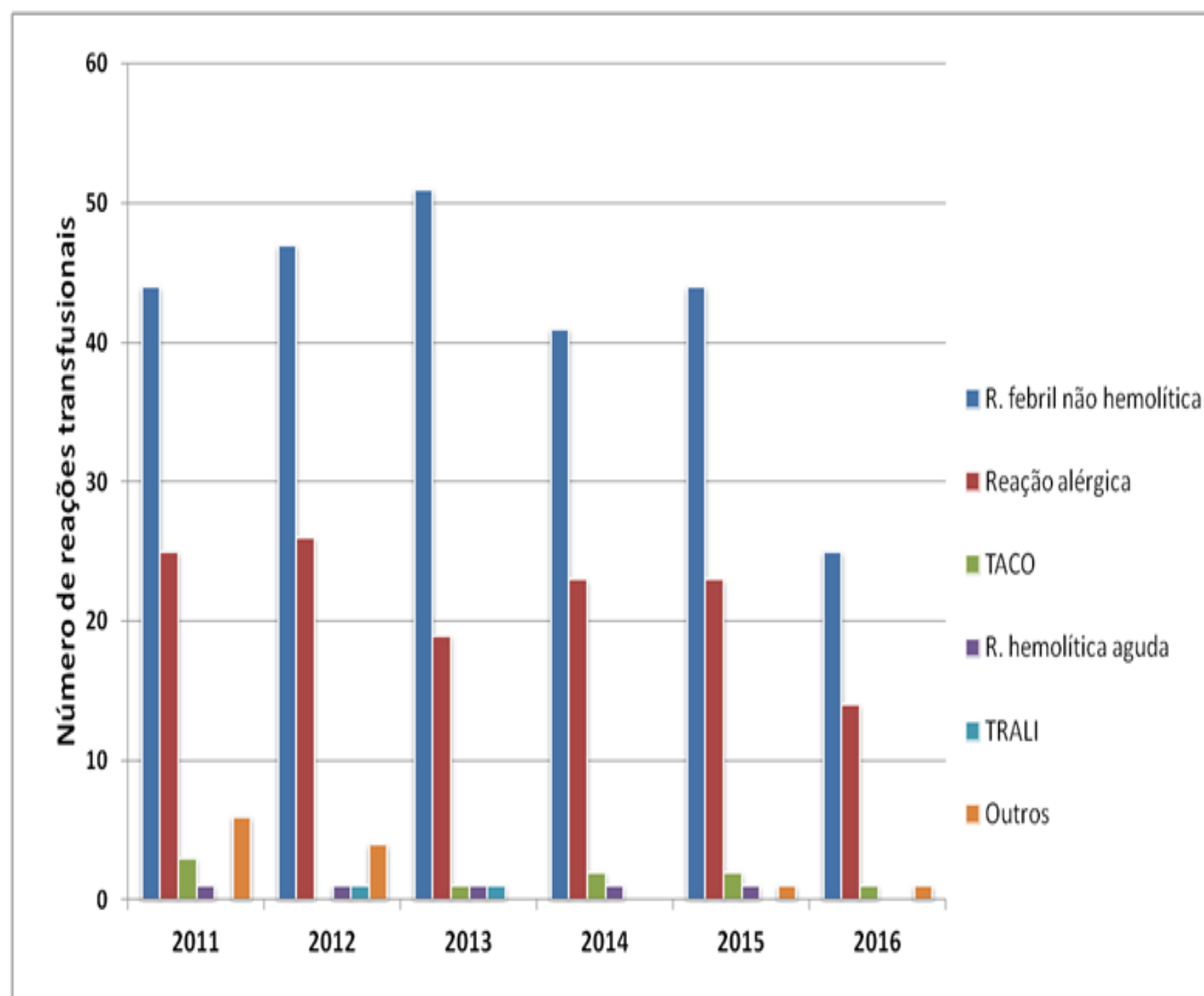


Figura 1: Incidência de reações transfusionais agudas no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (Jan/2011-Set/2016)

Tabela 1: Reações transfusionais agudas – incidência, sintomas e conduta clínica

Tipo de reação	Incidência no HSPE	Etiologia	Sintomas	Testes diagnósticos	Conduta
Reação febril não hemolítica	2,4:1.000 transfusões	- Citocinas acumuladas no hemocomponente - Anticorpos contra leucócitos do doador	Febre, calafrios, cefaleia e vômitos	Excluir hemólise e contaminação bacteriana	- Interromper transfusão, manter acesso venoso e checar ID do paciente e da bolsa - Antitérmicos (dipirona ou paracetamol) - Não reiniciar a transfusão - Notificar a reação ao banco de sangue e devolver o hemocomponente e amostras de sangue pós-transfusionais
Reação alérgica leve	1,2:1.000 transfusões	Anticorpos contra proteínas plasmáticas do doador	Prurido, urticária	Excluir hemólise	- Interromper transfusão, manter acesso venoso e checar ID do paciente e da bolsa - Anti-histamínicos (Benadryl, 1 amp IV) - Se os sintomas desaparecerem, a transfusão poderá ser reiniciada - Notificar a reação ao banco de sangue
Reação alérgica grave (anafilaxia)	1:30.000 transfusões	Anticorpos contra proteínas plasmáticas do doador (inclui IgA, haptoglobina e C4) Citocinas	Hipotensão, broncoespasmo (sibilos e insuficiência respiratória), edema local e ansiedade	Excluir Hemólise Quantificar IgA e anti-IgA	- Interromper transfusão, manter acesso venoso e checar ID do paciente e da bolsa - Infusão de salina 0,9% - Trendelenburg - Anti-histamínico, corticoterapia - Epinefrina (adulto: 0,2-0,5 mL de solução 1:1000 SC ou IM; ou casos graves 1:10.000 IV, infusão inicial 1 mcg/ minuto) - Não reiniciar a transfusão - Notificar a reação ao banco de sangue e devolver o hemocomponente e amostras de sangue pós-transfusionais
TRALI	1:50.000 transfusões	Anticorpos leucocitários do doador	Hipoxemia, insuficiência respiratória, hipotensão, febre, edema pulmonar bilateral	- Excluir hemólise e contaminação bacteriana - Radiografia de tórax - Anticorpos contra HLA e HNA	- Interromper transfusão, manter acesso venoso e checar ID do paciente e da bolsa - Oxigênio e suporte respiratório - Não reiniciar a transfusão - Notificar a reação ao banco de sangue e devolver o hemocomponente e amostras de sangue pós-transfusionais
TACO	1:12.000 transfusões	Sobrecarga de volume	Dispneia, ortopneia, tosse, taquicardia, hipertensão e cefaleia	- Radiografia de tórax - BNP - Excluir TRALI	- Interromper transfusão, manter acesso venoso e checar ID do paciente e da bolsa - Oxigênio e suporte respiratório - Decúbito elevado (Fowler) - Diurético (furosemida) IV - Flebotomia em alguns casos - Não reiniciar a transfusão - Notificar a reação ao banco de sangue e devolver o hemocomponente e amostras de sangue pós-transfusionais
Reação hemolítica aguda	1:25.000 transfusões	Transfusão de hemácias incompatíveis	Febre, calafrio, dor em flancos, hipotensão, insuficiência renal com oligúria, hemoglobinúria, CIVD, dor torácica, sensação de morte iminente, dor no local da infusão e dispneia	- Checar dados do paciente e hemocomponente infundido - Testes de Hemólise (DHL, bilirrubinas, haptoglobina) - Urina I - Coombs direto (TAD) - Inspeção visual de soro e urina (Hb livre) - Repetir ABO em amostras pré e pós-transfusionais	- Interromper transfusão, manter acesso venoso e checar ID do paciente e da bolsa - Não reiniciar a transfusão - Notificar a reação ao banco de sangue e devolver o hemocomponente e amostras de sangue pós-transfusionais - Manter débito urinário > 1ml/kg/h com salina e diuréticos IV - Medicamentos para hipotensão - Transfusão de plasma, plaquetas e crioprecipitado em CIVD
Sepse relacionada à transfusão	< 1:100.000 transfusões	Contaminação bacteriana	Febre alta (>39°C ou elevação de 2°C), calafrios e hipotensão	- Coloração de gram - Hemocultura da bolsa e do paciente - Excluir hemólise	- Interromper transfusão, manter acesso venoso e checar ID do paciente e da bolsa - Não reiniciar a transfusão - Notificar a reação ao banco de sangue e devolver o hemocomponente e amostras de sangue pós-transfusionais - Antibioticoterapia de amplo espectro

Reações transfusionais agudas ou imediatas ocorrem dentro de 24 horas da administração de um componente e frequentemente durante a transfusão. As reações transfusionais agudas incluem reação transfusional febril não hemolítica; reações alérgicas; lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (*transfusion-related acute lung injury* - TRALI); sobrecarga circulatória associada à transfusão (*transfusion-associated circulatory overload* - TACO); reação hemolítica (imunomediada e não imunomediada); sepse relacionada à transfusão; complicações associadas à transfusão maciça; e embolia gasosa. Neste artigo, revisamos as principais reações transfusionais agudas, bem como o seu tratamento e prevenção.

Reações transfusionais com acometimento pulmonar

Algumas reações transfusionais podem ter como manifestação principal a lesão pulmonar, sendo elas a TRALI, a TACO e a reação anafilática. Atualmente, as duas primeiras têm ganhado destaque, já que são as principais reações transfusionais associadas à mortalidade. Em 2014, a TRALI foi a principal causa de mortalidade relacionada à transfusão nos Estados Unidos, seguida da TACO. No período de 2010-2014, as mortes por TRALI corresponderam a 41% ,e, por TACO, a 22%.⁽³⁻⁵⁾

Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI)

O edema pulmonar não cardiogênico secundário à transfusão foi primeiramente descrito em 1951, entretanto apenas em 1983 esse fenômeno foi descrito como uma entidade clínica distinta, quando recebeu a denominação de TRALI. Os critérios diagnósticos mínimos são a presença de insuficiência respiratória aguda e uma nova infiltração pulmonar bilateral na radiografia de tórax dentro de 6 horas do término da transfusão e a ausência de indícios de sobrecarga de volume ou disfunção cardíaca.⁽⁶⁾

Os achados patológicos característicos da TRALI incluem o edema intersticial, o edema intra-alveolar e o extravasamento de neutrófilos nessas regiões.⁽⁶⁾

A sua fisiopatologia envolve dois mecanismos: o imune, responsável por 65-85% dos casos, e o não imune. O mecanismo imune é causado pela presença de anticorpos anti-HLA (antígeno leucocitário humano) Classes I ou II ou, menos frequentemente, anticorpos anti-HNA (antígeno neutrofílico humano) no soro do receptor da transfusão ou no doador de sangue que reagem com os leucócitos do doador ou do receptor, respectivamente. O mecanismo não imune é atribuído à transfusão de componentes biologicamente ativos, que são acumulados ao longo da estocagem do hemocomponente, como lipídios bioativos, citocinas pró-inflamatórias ou micropartículas plaquetárias com atividade altamente pró-coagulante. Nesse mecanismo, não há o envolvimento de anticorpos, e postula-se um modelo em duas fases: a primeira é mediada por qualquer condição pró-inflamatória que ativa o endotélio pulmonar e leva ao recrutamento e adesão de neutrófilos ao endotélio capilar que, posteriormente, causa alteração na permeabilidade da barreira alvéolo-capilar pulmonar; a segunda fase é induzida pela transfusão do hemocomponente, que induz a ativação e liberação de fatores citotóxicos que causam a lesão endotelial e agressão capilar, que, em última instância, iniciam uma cascata de reações imunológicas com dano ao endotélio, levando ao edema. A detecção da elevação das dosagens das citocinas pró-inflamatórias IL-6 e IL-8 pré-transfusão em pacientes que desenvolveram TRALI corrobora esse modelo fisiopatológico.^(1,2,4,7)

O evento final comum aos dois mecanismos é a lesão da membrana alvéolo-capilar, sendo o neutrófilo o principal protagonista de todo o mecanismo fisiopatológico. Após a transfusão, os anticorpos presentes no hemocomponente se aglutinam aos pri-

meiros neutrófilos encontrados, e estes são presos na microvasculatura pulmonar. Os neutrófilos estimulados por anticorpos leucocitários ou por lipídios biologicamente ativos liberam radicais livres que lesam o endotélio capilar pulmonar, aumentando a sua permeabilidade e provocando a passagem de fluidos e proteínas para o alvéolo.⁽⁴⁾

A principal manifestação da TRALI é a insuficiência respiratória, sendo que a dispnéia pode ocorrer concomitantemente com a taquipneia, taquicardia, cianose e secreção pulmonar. O aparecimento de febre é comum, mas pode não surgir no início. Do ponto de vista hemodinâmico, a hipotensão é mais característica, porém a hipertensão, apesar de rara, pode ocorrer. A radiografia de tórax mostra um novo infiltrado pulmonar bilateral na ausência de cardiomegalia, o que exclui o edema pulmonar cardiogênico. A monitorização hemodinâmica, se presente, evidencia a pressão do capilar pulmonar baixa ou normal. A leucopenia com neutropenia transitória é característica e ocorre em 5-35% dos casos.^(4,8)

O diagnóstico de TRALI é feito por exclusão, já que, clinicamente, se confunde com outras patologias que cursam com insuficiência respiratória, como a reação anafilática, edema pulmonar cardiogênico, síndrome da resposta inflamatória sistêmica e sepse.^(4,8)

A confirmação da TRALI ocorre quando se detecta o anticorpo anti-HLA ou anti-HNA do doador contra o fenótipo do receptor. O grupo de risco para a formação de anticorpos anti-HLA são mulheres com antecedente de gestação e receptores de transplante de órgãos sólidos e medula óssea. A Associação Americana de Banco de Sangue (AABB), devido ao risco residual de TRALI, padronizou a produção de plasma e sangue total para transfusão apenas de doadores masculinos ou de mulheres nuligestas ou de mulheres que foram testadas e que apresentaram resultado negativo para anticorpo anti-HLA desde a sua

última gestação. Entretanto, os anticorpos anti-HLA não são identificados em todos os casos de TRALI e o diagnóstico é baseado nos achados clínicos e na exclusão de outras doenças. No Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, padronizamos, desde 2016 a produção de Plasma Fresco Congelado (PFC) apenas de doadores masculinos.^(5,8-9)

Os doadores envolvidos em TRALI devem ser bloqueados permanentemente no banco de doadores de sangue. O tratamento consiste no suporte clínico e ventilatório, além de acompanhamento hemodinâmico e reposição volêmica e/ou uso de vasopressores se indicado. Não se evidenciou benefício com o uso de corticosteroides. Os diuréticos são contraindicados. A mortalidade pode atingir de 5-25%, e 80% dos pacientes que se recuperam o fazem em 48-96 horas.^(4,8)

Sobrecarga circulatória associada à transfusão (TACO)

A TACO é outro evento adverso transfusional com acometimento pulmonar e está relacionada à dificuldade do receptor em lidar com o volume transfusional recebido, sendo diretamente relacionada à velocidade de infusão rápida e/ou à infusão de grandes volumes ou à presença de patologia prévia cardíaca, renal ou pulmonar. Em sua fisiopatologia, há o aumento da pressão hidrostática, devido à sobrecarga de volume, levando ao extravasamento de fluido para o espaço alveolar. Entretanto, a relação entre volume transfundido e desenvolvimento de TACO ainda é motivo de controvérsia, já que as evidências mostram que relativamente pequenos volumes (1-2 unidades) são suficientes para uma reação, e que esta também ocorre em indivíduos mais jovens. Contudo, as recomendações atuais da AABB para as taxas de infusão são de 240 mL/h (4 mL/min) para os concentrados de hemácias e 300 mL/h para os produtos plasmáticos (PFC e plaquetas). Além da taxa de infusão, outros fatores de risco para o seu desenvolvimento são o sexo feminino, história passada de

Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), história de hemodiálise, ventilação mecânica, vasopressores recentes e balanço hídrico positivo.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

A TACO deve ser suspeitada quando o paciente exacerba ou desenvolve novo quadro de dificuldade respiratória, edema pulmonar ou se há evidências de insuficiência cardíaca direita ou esquerda ou aumento da pressão venosa central. As manifestações clínicas geralmente se apresentam em duas horas do início da transfusão, mas podem se manifestar em até 6 horas. A diferenciação entre TACO e TRALI é difícil, pela semelhança clínica, entretanto a hipertensão é mais característica na TACO, e a hipotensão, na TRALI. Outros sinais e sintomas da TACO incluem a taquipneia, tosse seca, estase jugular, crepitação pulmonar e pressão de pulso alargada.^(8-10,12)

Testes diagnósticos, como radiografias de tórax e dispositivos de monitorização cardiovasculares invasivos, se disponíveis, podem ajudar na avaliação. Embora nenhum teste laboratorial seja patognomônico para o diagnóstico, os níveis hormonais de peptídeo natriurético (BNP) podem ser úteis, mas não definitivos, na Investigação. O BNP é um neurohormônio cardíaco, especificamente secretado nos ventrículos em resposta à expansão de volume e sobrecarga de pressão. O peptídeo natriurético cerebral está elevado na TACO e é um marcador específico de sintomas pulmonares cardiogênicos. Um estudo demonstrou a possibilidade de uso do teste de dosagem do BNP como método simples e não invasivo no diagnóstico de TACO após transfusão. Uma razão entre as dosagens pós e pré-transfusão de 1,5 pode ser indicativa de TACO, com sensibilidade de 81% e especificidade de 89%.^(8-10,12)

O tratamento se baseia em colocar o doente numa postura mais vertical (Posição de Fowler), interrompendo a infusão de outros fluidos intravenosos, proporcio-

nando suporte respiratório e administração de medicamentos diuréticos, se estes não estiverem contraindicados.⁽¹⁰⁾

A TACO pode ser mitigada utilizando-se taxas de infusão lentas e monitoramento próximo do paciente para o aparecimento de sintomas e evitando-se a infusão simultânea de outros fluidos durante a transfusão. Além disso, a administração de diuréticos peritransfusão pode diminuir consideravelmente o seu risco. Infelizmente, não há qualquer teste laboratorial que ajude na prevenção.⁽⁵⁾

Reações transfusionais hemolíticas agudas

Reações transfusionais hemolíticas (RTH) são tradicionalmente causadas pela destruição imunológica de hemácias transfundidas que apresentam incompatibilidade de antígenos eritrocitários com o receptor. A hemólise imunomediada pode ser aguda (menos de 24 horas) ou tardia (mais de 24 horas). No entanto, distúrbios térmicos, osmóticos, infecciosos e mecânicos também são causas de hemólise associada à transfusão. Válvulas cardíacas mecânicas, aquecedores de sangue, infusão de sangue com soluções incompatíveis (soro glicosado, medicamentos), cateteres e bombas de infusão podem causar reações transfusionais hemolíticas não imunológicas. Adicionalmente, hemoglobina livre liberada para o sobrenadante da unidade de concentrado de hemácias (CH) durante armazenamento incorreto pode ser passivamente transfundida e pode causar hemoglobinúria e hiperbilirrubinemia, que não estão relacionadas com hemólise aguda *in vivo*.

RTH imunológicas agudas são aquelas que ocorrem durante ou imediatamente após a transfusão de hemácias incompatíveis em receptor que já possui anticorpos antieritrocitários correspondentes. A transfusão de concentrado de hemácias com incompatibilidade ABO é o exemplo clássico de reação hemolítica aguda, embora ela possa ocorrer com incompatibilidade de outros grupos sanguíneos (Rh, Kell, Duffy e

Kidd). O sistema ABO apresenta anticorpos naturais (IgM e IgG) circulantes no plasma, que se ligam aos grupos sanguíneos A e/ou B, que não são próprios do organismo (e.g., transfusão de hemácias do grupo A para receptor do grupo B, que tem anticorpos anti-A circulantes). Os anticorpos IgM ativam o complemento após ligação com hemácias ABO incompatíveis, dando início à ativação de cascatas hemolíticas e inflamatórias que provocam hemólise intravascular e extravascular. Transfusão de pequeno volume de sangue incompatível pode ser fatal, e há relação direta entre a quantidade de sangue incompatível transfundido e mortalidade. As RTHA são geralmente provocadas por erro na identificação do receptor na coleta das amostras de sangue pré-transfusionais ou durante a instalação do concentrado de hemácias para a transfusão.⁽¹³⁾

Reações hemolíticas agudas também podem ocorrer com transfusão de plasma incompatível (i.e., incompatibilidade ABO menor). Dessa forma, hemocomponentes que apresentam elevada quantidade de plasma (plasma fresco congelado e concentrado de plaquetas por aférese) devem ser ABO compatíveis ou apresentar baixos títulos de isohemaglutininas A e B (título < 1:64). No entanto, devido a limitações do estoque diário de plaquetas, concentrados de plaquetas randômicas de baixo volume plasmático (cerca de 50 ml) que apresentam plasma incompatível com o receptor podem ser transfundidos em receptores adultos, como, por exemplo, um concentrado de plaquetas do grupo O (com anti-A) transfundido num receptor do grupo A.⁽¹⁴⁾

Reação transfusional hemolítica aguda é emergência médica. Muitas vezes, o sinal mais comum de reação hemolítica aguda é o início súbito de febre acompanhada de dor abdominal ou em flancos (provocada por distensão da cápsula renal), dispnéia e hipotensão. Daí a importância de sempre interromper a transfusão e iniciar investigação imediata da causa da reação quando a febre se desenvolve. Outros

sintomas clínicos associados incluem calafrios, dor torácica, tonturas, sensação de morte iminente e dor ou calor ascendente no local da infusão. Os sinais de reação hemolítica aguda são coloração vermelha do plasma (hemoglobinemia) e urina vermelha/escura (hemoglobinúria). Hemoglobinúria pode ser o primeiro sinal de hemólise intravascular, especialmente em pacientes anestesiados ou inconscientes, que também podem apresentar oligúria. As reações hemolíticas agudas podem rapidamente evoluir para choque, insuficiência renal aguda e coagulação intravascular disseminada (CIVD).⁽¹⁵⁾

Os achados laboratoriais incluem hemoglobinúria, hemoglobinemia e diminuição do nível de haptoglobina. A lise dos glóbulos vermelhos leva ao aumento da lactato desidrogenase sérica (LDH) e da bilirrubina indireta. Caso o receptor não apresente sinais de instabilidade cardiovascular, e se as funções hemostática e renal não tiverem sido alteradas durante o seguimento clínico, é pouco provável que se desenvolvam sequelas graves posteriormente. O teste direto de antiglobulina (TAD, Coombs direto) pode tornar-se positivo numa reação hemolítica aguda, caso seja realizado antes que todas as hemácias incompatíveis sejam destruídas. A unidade do hemocomponente transfundido deve ser devolvida ao banco de sangue para investigação de reação transfusional. A repetição da tipagem sanguínea do concentrado de hemácias transfundido, da tipagem do receptor e de prova cruzada em amostras de sangue pós-transfusional confirmam o diagnóstico.

O tratamento inicial consiste em interromper imediatamente a transfusão, associado a medidas terapêuticas de suporte clínico (renal, cardiovascular e respiratório) e administração de fluidos intravenosos. Normalmente, recomenda-se a infusão de solução de NaCl 0,9% a 500 mL/h (para adultos) para manter diurese elevada. A infusão de soro fisiológico 0,9% é utilizada para manter acesso venoso, tratar

a hipotensão e manter fluxo sanguíneo renal, com objetivo de manter taxa urinária $> 1 \text{ mL/kg/hora}$. A infusão de solução salina isolada pode não ser terapia adequada, e o débito urinário deve ser cuidadosamente monitorizado para não causar sobrecarga de volume. O uso de diuréticos (furosemida 40-80 mg por via intravenosa em adultos; 1-2 mg/kg em crianças) pode promover aumento da produção de urina e aumentar ainda mais o fluxo sanguíneo cortical renal. Se a produção de urina permanecer diminuída após infusão de um a dois litros de soro fisiológico, pode ter ocorrido necrose tubular aguda. Além do tratamento de complicações renais e cardiovasculares, também pode ocorrer CIVD e, portanto, o estado hemostático deve ser monitorado e corrigido com transfusões de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado. (15,16)

Sepse relacionada à transfusão

Contaminação bacteriana dos hemocomponentes armazenados representa grave risco para o receptor. As bactérias podem entrar na bolsa de coleta de sangue pela punção venosa durante a coleta, mas outras vias de contaminação incluem o preparo de hemocomponentes especiais (e.g., concentrado de hemácias filtrados, lavados ou ali-quotados) e bacteremia oculta em doador de sangue aparentemente saudável. Concentrados de plaquetas, armazenados à temperatura ambiente, apresentam maior risco de contaminação bacteriana, geralmente provenientes da flora cutânea, e 70% dos casos são provocados por organismos gram-positivos. Bactérias que se proliferam em baixas temperaturas ($1-6^\circ \text{C}$) geralmente estão associadas à contaminação de concentrados de hemácias (especialmente gram-negativas), sendo as principais: *Pseudomonas*, *Yersinia*, *Enterobacter* e *Serratia*. (15-17)

As consequências clínicas da transfusão de hemocomponentes contaminados por bactérias são influenciados pela virulência, concentração e taxa de crescimento

da bactéria, assim como características do receptor, como status imunológico e vigência de tratamento com antibióticos. A maioria dos pacientes apresentam febre elevada ($> 39^\circ \text{C}$) ou aumento $\geq 2^\circ \text{C}$ da temperatura pré-transfusional durante ou após 4h do término da transfusão. A febre pode ser acompanhada de hipotensão, calafrios, taquicardia, dispneia, náuseas e vômitos. Reação febril não hemolítica, reação hemolítica aguda e TRALI devem ser consideradas no diagnóstico diferencial. (18)

A maioria dos receptores de hemocomponentes contaminados apresentam apenas febre e calafrios, lembrando reação febril não hemolítica. Reações transfusionais sépticas clinicamente evidentes são raras, uma vez que maioria dos organismos isolados de concentrados de plaquetas e hemácias contaminados são germes da flora cutânea que não estão associados com sepse. Relativamente poucos pacientes desenvolvem choque séptico, e, como apenas as reações graves são clinicamente reconhecidas, sepsse relacionada à transfusão é subnotificada por serviços de hemovigilância.

Historicamente, organismos gram-negativos e altos níveis de endotoxinas provocados por armazenamento prolongado do hemocomponente (21 dias para hemácias e 3 dias para plaquetas) são associados com quadros clínicos graves e curto início dos sintomas após transfusão. Também existem relatos de reações graves e/ou fatais com bactérias gram-positivas, como *Bacillus cereus*, *Staphylococcus aureus* e estafilococos coagulase-negativo. De fato, *Staphylococcus aureus* corresponde a 20% dos óbitos provocados por infecções relacionadas à transfusão relatados pelo FDA.

Se existe suspeita de sepsse, deve-se interromper a transfusão imediatamente e, em seguida, o hemocomponente deve ser devolvido ao banco de sangue para realização de coloração por Gram e hemoculturas. Além disso, amostras de sangue pós-transfusionais devem ser coletadas antes do início do tratamento

com antibióticos (membro superior em que não foi realizada a transfusão) para realização de culturas e repetição dos testes transfusionais para descartar outros tipos de reações. Tratamento com antibióticos de amplo espectro (beta-lactâmicos e aminoglicosídeos) devem ser administrados, empiricamente, com cobertura para *Pseudomonas* caso o concentrado de hemácias esteja relacionado à reação.⁽¹⁶⁾

Procedimentos para reduzir contaminação bacteriana de hemocomponentes incluem triagem rigorosa dos doadores de sangue e desinfecção apropriada da pele na hora da coleta (utilizar dois antissépticos distintos), além do descarte dos primeiros 10-50 ml de sangue doado em uma pequena bolsa satélite (utilizados para realização de exames imuno-hematológicos e sorológicos), inspeção visual do hemocomponente antes da transfusão e realização de investigação bacteriológica pré-transfusional em concentrados de plaquetas. Mais recentemente, existem sistemas de redução de patógenos que utilizam luz ultravioleta (com ou sem psoralema) para tratar o sangue coletado e inativar todos os vírus, bactérias e parasitas presentes. No entanto, esse procedimento não está implantado no Brasil.⁽¹⁹⁻²⁰⁾

Reação febril não hemolítica RFNH)

As RFNH são as mais comumente encontradas e são suspeitadas quando a temperatura aumenta mais de 1°C, geralmente 38°C ou mais, durante ou após a transfusão, quando nenhuma outra causa é identificada. A febre pode eventualmente estar associada com tremores e calafrios, aumento da frequência respiratória, mudança na pressão arterial e ansiedade. Em algumas situações, tremores e calafrios podem não estar precedidos de febre (atípica ou afebril), bem como o aumento de temperatura pode ser mascarado por medicação antipirética. Os sintomas usualmente ocorrem durante a transfusão ou em até 4 horas do seu término. Muitas são benignas, embora possam causar grave

desconforto (elevação da temperatura > 2°C, cefaleia, náuseas, vômitos e até efeitos hemodinâmicos e respiratórios).⁽¹⁵⁾

Os sintomas associados com a RFNH podem estar presentes em outros tipos de reações transfusionais, tais como reação hemolítica aguda, sépsis e TRALI. Cada uma dessas reações possuem sinais, sintomas e testes laboratoriais que ajudam a distinguir da RFNH. A reação hemolítica deve sempre ser afastada em pacientes que apresentam febre associada à transfusão.

Evidências suportam dois mecanismos de reação febril não hemolítica; porém, a via final comum destes são a liberação de citocinas, incluindo IL-1 β , IL-6, TNF- α provenientes de monócitos e macrófagos ativados. Essas citocinas induzem a produção de prostaglandina E2 nas quais agem no hipotálamo para aumentar a temperatura. Anticorpos anti leucócitos também estão associados com RFNH e possuem especificidade para antígenos HLA, antígenos de neutrófilos (HNA) ou de plaquetas presentes no receptor. Anticorpos no receptor dirigidos contra neutrófilos presentes no doador podem causar RFNH. Quantidades baixas de $0,25 \times 10^9$ de leucócitos residuais presentes nos hemocomponentes são capazes de causar elevação de temperatura no receptor. A RFNH também pode resultar do acúmulo de citocinas no hemocomponente por lesão de estocagem.

Quando a reação é suspeitada, a transfusão deve-se descontinuar a transfusão e coletar nova amostra para afastar a reação hemolítica aguda. Antipiréticos (paracetamol na dose 325-650mg via oral ou dipirona via intravenosa) devem ser administrados, e o paciente deve ser seguramente transfundido com novo hemocomponente, caso os sintomas cessem. Nas reações mais graves, incluindo tremores, pode ser necessário o uso de meperidina (25-50mg IV). Essa droga deve ser evitada em pacientes com insuficiência renal ou em terapia com inibidores da Monoamina Oxidase (MAO). Na maioria das vezes, a

RFNH não se desenvolve até a transfusão ser completada.⁽¹⁶⁾

Asua prevenção pode ser feita por meio da desleucocitação pré e pós-estocagem, que costuma remover em média três logs de leucócitos e possui impacto maior na redução da frequência da RFNH quando realizada nas primeiras horas da coleta. A remoção de leucócitos a níveis menores que 5×10^6 previne o acúmulo de citocinas pró-inflamatórias em ambos os concentrados, de hemácias e plaquetas. A pré-medicação com paracetamol ou dipirona pode ser benéfica para reduzir a taxa de reação febril não hemolítica.⁽¹⁶⁾

Reação alérgica

Uma das reações transfusionais mais comuns na prática hemoterápica. Possui incidência 3% de todas as transfusões. Apesar da maioria das reações alérgicas ser de leve intensidade, seu espectro clínico é variado, podendo manifestar-se desde simples reação alérgica (urticária) até quadros de anafilaxia (1/20.000 a 47.000 transfusões). Os sintomas geralmente ocorrem em segundos ou até minutos do início da transfusão. Em raros casos, os sintomas podem levar várias horas para se desenvolverem. Se os sintomas não aparecerem em 4 horas, é pouco provável que sejam relacionados à transfusão. Os sinais e sintomas incluem rubor, urticária, prurido, angioedema, hipotensão, broncoespasmo, estridor, dor abdominal e náusea. Já a anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade definida como sinais e sintomas envolvendo pele em associação a outro órgão (cardiovascular, respiratório ou gastrointestinal). Embora o choque seja uma das mais catastróficas manifestações de anafilaxia, bronco espasmo e angioedema são mais comuns. A incidência de reações alérgicas está associada com a amostra de plasma no produto. Mais de 90% das reações ocorrem durante a infusão. Quando os sintomas se desenvolvem, a transfusão

deve ser interrompida e administrado anti-histamínico. A transfusão pode ser reiniciada se os sintomas desaparecerem e o paciente se sentir bem. A reação alérgica leve (urticária e prurido) não está relacionada com o volume infundido ou a taxa de infusão e geralmente não progride para reação grave. Os pacientes que tiveram reação alérgica leve podem continuar a receber a unidade de rotina, sem necessidade de preparo especial do hemocomponente. Concentrado de hemácias lavadas ou concentrado de plaquetas com plasma reduzido deve ser usado para prevenção de reações graves e recorrentes. No entanto, vale ressaltar que o uso de hemocomponentes lavados pode reduzir o incremento de hemoglobina pós-transfusional em aproximadamente 20%. Não há nenhuma evidência de que pré-medicação com anti-histamínico previne reação alérgica transfusional.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

A reação alérgica se comporta como outra qualquer, sendo mediada por IgE (Hipersensibilidade tipo I). Em muitos casos, as proteínas plasmáticas são responsáveis pela maioria das reações. Anticorpos Anti-IgG ou IgE com especificidade IgA, haptoglobina e C4 têm sido descritos. Existem alguns relatos de reações com transfusão autóloga, sugerindo que as lesões de estocagem também são responsáveis. Geralmente é uma reação de hipersensibilidade tipo 1, onde ocorre ativação de mastócitos, resultando em degranulação e liberação de mediadores, tais como histamina, heparina, leucotrienos, ativadores de plaquetas, citocinas e lipídios, embora o mecanismo de base não tenha sido completamente elucidado. Receptores com predisposição atópica parecem ter alta taxa de reação alérgica. Reações alérgicas que progridem além de urticária podem ocorrer em pacientes deficientes de IgA. A deficiência de IgA predispõe as reações alérgicas, embora este tipo de mecanismo esteja presentes em uma minoria de reações. Deficiência grave de

IgA(<0,05mg/dL) ocorre em aproximadamente 1/900 doadores nos EUA e Inglaterra, 1/500 na Finlândia e 1/93.000 no Japão.⁽¹⁵⁾

É importante distinguir anafilaxia de outras reações caracterizadas por hipotensão, bradicardia, dispneia e perda da consciência. Urticária, angioedema, prurido e sintomas respiratórios (chiado e estridor) são típicos de anafilaxia, porém podem sugerir asma aguda ou TRALI. Contudo, os clássicos sintomas de alergia, como urticaria, angioedema e prurido, não ocorrem na asma ou TRALI. Febre, importante sintoma de reação hemolítica transfusional e reação bacteriana, não é achado de anafilaxia. Pacientes que fazem uso de inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (ECA) submetidos à plasmáfereze podem mimetizar anafilaxia quando albumina é usada como solução de reposição.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Boletim de hemovigilância nº 7 [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2015 [citado 2017 Jan 18]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/405222/Boletim+de+Hemovigil%C3%A2ncia+n%C2%BA+7/6e7fecae-919c-4b5b-9723-b3552ea0295f>
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Marco conceitual e operacional de hemovigilância: guia para a hemovigilância no Brasil [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2015 [citado 2017 Jan 18]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/404938/guia_hemovigilancia15.pdf/495fd617-5156-447d-ad22-7211cdbab8a7
3. Bolton-Maggs PH, Cohen H. Serious Hazards of Transfusion (SHOT) haemovigilance and progress is improving transfusion safety. *Br J Haematol*. 2013; 163(3):303-14.
4. Álvarez P, Carrasco R, Romero-Dapuerto C, Castillo RL. Transfusion-Related Acute Lung Injured (TRALI) Current Concepts. *Open Respir Med J*. 2015; 9:92-6.
5. Rogers TS, Fung MK, Harm SK. Recent Advances in Preventing Adverse Reactions to Transfusion. *F1000Res* 2015;4. pii: F1000 Faculty Rev-1469.
6. Bux J, Sachs UJ. The pathogenesis of transfusion-related acute lung injury (TRALI). *Br J Haematol*. 2007;136(6):788-99.
7. Roubinian NH, Looney MR, Kor DJ, Lowell CA, Gajic O, Hubmayr RD, et al. Cytokines and clinical predictors in distinguishing pulmonary transfusion reactions. *Transfusion*. 2015;55(8):1838-46.
8. Dasararaju R, Marques MB. Adverse effects of transfusion. *Cancer Control*. 2015;22(1):16-25.

O tratamento das reações leves consiste em interromper temporariamente a transfusão e administrar difenidramina ou outro anti-histamínico. Se os sintomas resolvem prontamente, e este for o único sintoma, a transfusão pode ser continuada com o mesmo hemocomponente; porém, se os sintomas persistem ou se houver recorrência, a transfusão deve ser suspensa. No caso de reações graves(anafilaxia), a transfusão deve ser descontinuada, e um acesso intravenoso mantido. Epinefrina na dose inicial de 0,01mg/Kg (dose máxima de 0,5mg) pode ser dada intramuscularmente a cada cinco minutos. Adicionalmente, anti-histamínicos, bloqueadores H2 e glicocorticóides intravenosos podem ser usados. Os glicocorticóides são mais efetivos na fase tardia da resposta alérgica, na qual podem se manifestar com mais de 24 horas.⁽¹⁶⁾

9. Sayah DM, Looney MR, Toy P. Transfusion reactions: newer concepts on the pathophysiology, incidence, treatment, and prevention of transfusion-related acute lung injury. *Crit Care Clin.* 2012;28(3):363-72.
10. Andrzejewski Junior C, Casey MA, Popovsky MA. How we view and approach transfusion-associated circulatory overload: pathogenesis, diagnosis, management, mitigation and prevention. *Transfusion.* 2013;53(12):3037-47.
11. Piccin A, Cronin M, Brady R, Sweeney J, Marcheselli L, Lawlor E. Transfusion-associated circulatory overload in Ireland: a review of cases reported to the National Haemovigilance Office 2000 to 2010. *Transfusion.* 2015;55(6):1223-30.
12. Ho JK, Antrum JH. Comment on: "Transfusion associated circulatory overload". *Indian J Crit Care Med.* 2014;18(9):640.
13. Janatpour KA, Kalmin ND, Jensen HM, Holland PV. Clinical outcomes of ABO incompatible RBC transfusions. *Am J Clin Pathol.* 2008;129(2):276-81.
14. Josephson CD, Castillejo MI, Grima K, Hillyer CD. ABO-mismatched platelet transfusions: strategies to mitigate patient exposure to naturally occurring hemolytic antibodies. *Transfus Apher Sci.* 2010;42(1):83-8.
15. Savage WJ. Transfusion reactions. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2016;30(3):619-34.
16. Mazzei CA, Popovsky MA, Kopko PM. Noninfectious Complications of Blood Transfusion. In: Fung MK, Grossman BJ, Hillyer C, Westhoff CM, (Ed.). *Technical Manual.* ed 18th. Bethesda: AABB; 2014. p.665-96.
17. Yomtovian RA, Palavecino EL, Dysktra AH, Downes KA, Morrissey AM, Bajaksouzian S, et al. Evolution of surveillance methods for detection of bacterial contamination of platelets in a university hospital, 1991 through 2004. *Transfusion.* 2006;46(5):719-30.
18. Maramica IM. Septic transfusion reactions. In: Shaz BH, Hillyer CD, Roshal M, Abrams C. *Transfusion Medicine and Hemostasis.* ed 2nd. London: Elsevier; 2013. p.421-26.
19. Katus MC, Szczepiorkowski ZM, Dumont LJ, Dunbar NM. Safety of platelet transfusion: past, present and future. *Vox Sang.* 2014; 107:103-13.
20. Lin L, Dikeman R, Molini B, Lukehart SA, Lane R, Dupuis K, et al. Photochemical treatment of platelet concentrates with amotosalen and long-wavelength ultraviolet light inactivates a broad spectrum of pathogenic bacteria. *Transfusion.* 2004; 44(10):1496-504.

Maria Elizangela Luiz Gomes¹,
Salamandra Savana Sousa Silvestre¹,
Diogo Haddad¹, Adalberto Souza¹,
Renan Ferreira¹, Rafael de Athayde
Soares²

Atividade física e qualidade de vida no meio corporativo

Physical activity and quality of life in corporate media

Revisão

RESUMO

1. Curso de Mestrado em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, Iamspe, São Paulo, SP, Brasil

O objetivo desse estudo foi mostrar, por meio de revisão da literatura, a importância da prática de atividade física na qualidade de vida no trabalho (QVT). Foram pesquisados artigos, revistas e trabalhos científicos na base de dados Google Acadêmico entre os dias 3 e 10 de outubro de 2015, além de obras literárias que tratam de administração de negócios e gestão de pessoas. O texto mostra o crescente interesse das empresas em desenvolver uma política de QVT, observando os benefícios que a prática de atividade física pode proporcionar ao trabalhador na busca de maior produtividade em meio à concorrência atual. O presente estudo identificou a necessidade de que as empresas implantem políticas de QVT contra o sedentarismo em favor de maior autoestima, melhora na saúde e humanização no ambiente de trabalho.

Descritores: Atividade física; Trabalhador; Qualidade de vida; Produtividade

ABSTRACT

The aim of this study was to show through literature review the importance of physical activity on quality of working life (QWL). Articles were surveyed, magazines and scientific papers in Academic Google database between 3 and 10 October 2015 as well as literary works that deal with business management and personnel management. The text shows the growing interest of companies in developing a QWL policy observing the benefits that physical activity can provide the worker in the pursuit of higher productivity due to the current competition. This study identified the need for companies to implant QVT policies against sedentary lifestyle in favor of higher self-esteem, improving health and humanizing the workplace.

Keywords: Physical activity; Worker; Quality of life; Productivity

Data de submissão: 02/02/2015
Data de aceite: 10/01/2017

Correspondência

Maria Elizangela Luiz Gomes
Curso de Mestrado em Ciências da Saúde
do Instituto de Assistência Médica ao
Servidor Público Estadual, Iamspe, São
Paulo, SP, Brasil
Endereço: Avenida Ibirapuera, 981, 2º
andar -Vila Clementino - CEP: 04029-000,
São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: elizangelasj10@hotmail.com

Trabalho realizado:

Curso de Mestrado em Ciências da Saúde, Disciplina Trabalho e Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, Iamspe, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A evolução das relações humanas determinando mudanças de paradigma

Vivemos, há algumas décadas, envolvidos em processo contínuo de evolução tecnológica em todas as áreas de atividade humana. Os avanços tecnológicos propiciam conforto, rapidez e segurança nos diferentes processos da vida humana, os quais até então não acontecem. Contudo o grande desafio é tirar proveito desses avanços, sem que percamos, a médio e longo prazo, a qualidade de vida que se pode conseguir, em curto prazo, com essa tecnologia que nos torna, com o passar do tempo, sedentários e favorece a obesidade. ⁽¹⁾

No mundo corporativo, cada vez mais se busca oferecer aos trabalhadores atividades físicas, lazer e recreação, objetivando boa qualidade de vida a todos. Os aspectos físicos e ambientais despertam, de forma crescente, a atenção dos empresários para o aumento, essencialmente, da produtividade. A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é, portanto, a grande esperança das organizações para o enfrentamento da concorrência. Devido à competitividade que existe entre as empresas, a exigência pela produtividade tem elevado em demasia o desgaste físico e emocional dos funcionários. Como estratégia para diminuir essa pressão pela competitividade, os empregadores têm inserido a atividade física no ambiente de trabalho, ação que vai da ginástica laboral à construção de academias nas instituições. ⁽²⁻⁴⁾

A QVT pode ser vista de duas formas; a reivindicação dos empregados pela saúde, bem estar e satisfação no trabalho; e o interesse das empresas quanto aos seus efeitos potenciais sobre qualidade e, essencialmente, sobre a produtividade. ⁽⁵⁾

Objetivo do artigo foi demonstrar os conhecimentos recentes, por meio de revisão de literatura (Base de dados Lilacs – Bireme), que envolvem a influência da atividade física e da qualidade de vida no ambiente de trabalho.

REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de artigos que discorrem sobre o tema “atividade física e qualidade de vida no meio corporativo”, os estudos apontam, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que no ano de 1999 foi criada a Agenda do Trabalho Decente, cujos resultados identificaram lacunas

e deficiências com elevado grau de precarização do trabalho em toda a América Latina. Além de perdas significativas, redefinindo os direitos sociais e trabalhistas em todo o mundo, inclusive nos países mais desenvolvidos, as reformas políticas aplicadas ocasionaram baixa produtividade do trabalho com aumento do desemprego e da informalidade. ⁽⁶⁾

Com os avanços que a classe trabalhadora adquiriu nos últimos anos, um novo modelo assistencial no mundo do trabalho surgiu para promover qualidade de vida no ambiente de trabalho. Essencialmente ligada ao ser humano, ela pode ser definida como a expressão coerente e saudável da inter-relação dos diferentes fatores individuais e socioambientais do trabalhador. O trabalho torna-se equilibrado e saudável quando permite ao indivíduo a recuperação e manutenção de suas necessidades biopsicossociais, contribuindo para o seu crescimento e reestruturação pessoal e profissional. Atualmente o termo “Qualidade de Vida no Trabalho” representa, num contexto mercadológico, o conjunto de ações de uma empresa que visa, com auxílio de novas tecnologias, ao diagnóstico, à implantação e ao aprimoramento de melhorias e inovações gerenciais, possibilitando ambientes de trabalho mais estruturados, em sentido irrestrito, com o objetivo de proporcionar condições plenas de desenvolvimento humano. ⁽⁴⁾

Segundo Carvalho et. al, as mudanças ocorridas ao longo do tempo, tais como: a crescente preocupação com desenvolvimento sustentável, a responsabilidade social e o aumento da expectativa de vida da população, determinaram, no início do século XXI, novos paradigmas em relação à Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). As condições de vida no trabalho tornaram-se uma das principais preocupações da classe empresarial, e a qualidade de vida do trabalhador passou a ser tratada com especial atenção, visando ao benefício/resultados de ambos os lados: empregador e empregado. Por exemplo, a empresa que abre as portas para a possibilidade de desenvolvimento cultural de seus funcionários estará investindo em interesses de aperfeiçoamento do indivíduo e, ao mesmo tempo, criando soluções para possíveis problemas internos. Com isso, possibilita oportunidade de crescimento e melhor desempenho pessoal e social dentro do ambiente de trabalho. ⁽⁷⁻⁸⁾

Segundo Oliveira et. al, as morbidades mais susceptíveis decorrentes do trabalho são as Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). São doenças que acometem os tendões,

sinóvias, músculos, nervos, fâscias e ligamentos, de modo isolado ou associado, com ou sem degeneração dos tecidos, ocasionadas por esforços repetitivos provenientes de jornadas de trabalho rotineiras e prolongadas. Diante dessa realidade, atualmente as empresas buscam no esporte um aliado para aumentar a sua produtividade, por meio de atividades físicas, como a ginástica laboral. Algumas têm se empenhado na elaboração de campanhas de combate ao sedentarismo, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade, hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia. A prática esportiva possibilitará grandes conquistas, individuais e também no trabalho, como, por exemplo, o desenvolvimento de lideranças, em um ambiente estimulante, dinâmico, proporcionando a superação de limites, alcance de objetivos e o aprimoramento do trabalho em equipe, fator indispensável no ambiente empresarial. ⁽⁹⁻¹⁰⁾

A ginástica laboral é uma atividade física que pode ser desenvolvida por empresas sem custos e que pode trazer vários benefícios aos seus trabalhadores. É a prática voluntária de atividade física realizada pelos os funcionários coletivamente, realizada no mesmo local de trabalho, e tem como objetivo melhorar a condição física do trabalhador. A ginástica é de curta duração e contribui para a prevenção das doenças ocupacionais, promovendo o bem estar no ambiente de trabalho. ⁽¹¹⁾

DISCUSSÃO

A qualidade de vida no trabalho é na verdade uma Utopia consciente?

Até o momento não há nenhum estudo que efetivamente consiga comprovar o real aumento da produtividade em decorrência de práticas de QVT, dada a complexidade de fatores que determinam essa pseudorrelação. Segundo Padilha, esse tema é considerado recurso discursivo aceito e legitimado nos ambientes organizacionais para tentar justificar os gastos com políticas de QVT em nome da aproximação de interesses individuais com os organizacionais, quando, na verdade, procura-se maior ganho na divulgação da imagem da empresa como 'socialmente responsável'. É uma forma de a organização sentir-se 'cumprindo corretamente o seu papel de ser uma empresa humanizada'. Um dos 'modismos' atuais no campo das teorias organizacionais baseia-se na ideia de sustentabilidade, que compreende também a forma como os trabalhado-

res são tratados. Talvez por isso, de uns anos para cá, tenham aumentado as publicações sobre QVT. ⁽¹²⁾

Braga et. al mostram, em sua dissertação, uma série de problemas e de formas de precarização do trabalho e da vida de mães que se submetem ao ofício domiciliar de costurar manualmente sapatos para empresas calçadistas de Franca, São Paulo. E constataram que o tempo da saúde, da educação, da convivência familiar ou de outros tipos de convivência social é escasso quando há o predomínio do tempo do trabalho. Relatam e mostram fotografias de mães amamentando seus filhos ao mesmo tempo em que costuram sapatos. Nesse estudo, ficam claras várias formas de precarização do trabalho: trabalho instável, mal-remunerado, em ritmo acelerado, jornada irregular e extensa, terceirização informal e feminização do trabalho. ⁽¹³⁾

Várias publicações nacionais e internacionais relatam nexos causais entre condições de trabalho, organização de trabalho, relações de trabalho e adoecimento físico e psíquico do trabalhador. Se o mundo do trabalho está cada vez mais invadido pelas formas precárias de vivenciar as relações de trabalho e emprego, parece bastante insuficiente limitarem a humanização a eventuais práticas de QVT. Medidas paliativas só têm relativo sentido numa compreensão funcionalista da sociedade. Aos que sonham com uma sociedade livre das promíscuas relações que se estabelecem em função das regras impostas pelo jogo da acumulação privada do trabalho e da riqueza gerada pelo trabalho, os desafios são enormes. Alinhar o potencial dos empregados aos objetivos empresariais; buscar denominadores comuns entre as aspirações dos diferentes atores do mundo do trabalho; equilibrar os objetivos pessoais e os objetivos da organização; democratizar as relações sociais nos locais de trabalho, entre outras medidas apresentadas aqui como fundamentos da qualidade de vida do trabalhador, fazem parte do que Araújo et. al muito apropriadamente denominaram de "teatro da humanização do trabalho". ⁽¹⁴⁾

Braga et. al acrescentam ainda que a QVT se trata de um 'pacto da mediocridade' em que os empregadores e seus gestores aliados, por meio do "engodo discursivo das relações harmoniosas entre trabalho e capital", encenam uma preocupação com a subjetividade no trabalho, enquanto os trabalhadores fingem que acreditam e ainda agradecem por terem emprego. Certamente, desenvolver políticas de QVT é melhor do que não fazê-lo. Entretanto, acreditar que com isso a

oposição entre capital e trabalho será transformada em parceria entre ambos é puro delírio.⁽¹³⁾

CONCLUSÃO

Em meio à evolução tecnológica constante nestes últimos anos, que facilita o aumento da produtividade dos trabalhadores nas empresas e traz grande expectativa para as organizações em meio à concorrência por conta da alta competitividade, tem-se observado desgaste físico e emocional nesses funcionários (ou colaboradores), por conta das exigências também serem maiores. No entanto, com o passar do tempo, observou-se aumento de funcionários sedentários com risco de desenvolver doenças como obesidade, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, lesões por esforço repetitivo e doenças osteomusculares, aumentando o risco de morbidade, devido a jornadas prolongadas de trabalho e esforços repetitivos de rotina.

Para mudar essa realidade, as empresas têm investido em campanhas contra o sedentarismo, agregando programas de atividade física, seja com a prática da ginástica laboral ou montando

os equipamentos necessários dentro da empresa, mantendo uma academia, para que essa prática esportiva previna doenças ocupacionais, fazendo com que haja o desenvolvimento de novos líderes, promovendo um ambiente que gere bem estar coletivo, dinâmico, levando à superação de limites, maior e melhor integração entre as equipes trazendo, sem dúvida, efeito positivo na Qualidade de Vida do Trabalhador com crescimento e maior desempenho pessoal e social no ambiente corporativo.

Apesar de não termos um estudo que sustente que a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) esteja diretamente ligada à produtividade, mas, indo à busca do potencial dos trabalhadores e objetivos da própria organização assim como o equilíbrio dos objetivos pessoais e organizacionais traria de alguma forma humanização no trabalho, democratização nas relações sociais no ambiente de trabalho, ainda que, para alguns autores comentando sobre Qualidade de Vida, ela seria colocada em cenário de precarização a “panacéia delirante”, mas procura-se desenvolver políticas de Qualidade de Vida do Trabalhador como opção ainda a ser feita.

REFERÊNCIA

1. Nahas MV. Atividade física saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4 ed. Londrina, PR: Midiograf; 2006.
2. Robbins SP. Comportamento organizacional: Tradução técnica Reynaldo Marcondes. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
3. Nadle DA, Lawler EE. Comportamento Organizacional. Rio de Janeiro: Campus, 1983.
4. Stort R, Silva FP, Rebustini F. Os efeitos da atividade física nos estados de humor no ambiente de trabalho. Rev Bras Educ Fís Esp Lazer Dança. 2006; 1(1):26-33
5. Chiavenato I. Administração de recursos humanos: fundamentos básicos. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2004.
6. Druck G. Trabalho precarização e resistências: novos e velhos desafios. Caderno CRH. 2011; 24(n. spe 01):37-57.
7. Carvalho RM. Qualidade de vida no trabalho visando a realidade da indústria em Brasil. Rev Digital Buenos Aires [periódico na Internet]. 2011 [citado 2017 Jan 15]; 15(153): [cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>.
8. Steidle AA. O lazer na empresa: uma análise da situação da cidade de Itapetininga [dissertação]. Piracicaba, SP: Universidade Metodista de Piracicaba; 2007.
9. Oliveira JR. A importância da ginástica laboral na prevenção de doenças ocupacionais. Rev Educ Fís. 2007; 139:40-49.
10. Costa LA. Influência do esporte no desenvolvimento da liderança na empresa. Rev Virtual [periódico na Internet]. 2005 [citado 2017 Jan 15]; 3(10):[cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://efartigos.atspace.org/otemas/artigo58.html>.
11. Silva L, Lima MM, Silva LV. Programa de prevenção fisioterapêutica na saúde ocupacional. Rev Psicol. 2009; 3(8):71-82.
12. Padilha V. Qualidade de vida no trabalho num cenário de precarização: a panacéia delirante. Trab Educ Saúde. 2010; 7(3):549-563.
13. Braga AM. O tempo de trabalho e os demais tempos sociais: realidade das mães que costuram sapatos em Franca/SP [Tese]. Franca: UNESP; 2008.
14. Araujo JN. Entre servidão e sedução do trabalhador: uma secular insistência do capital. In: Mendes AM, (Org.). Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão. Curitiba: Juruá Editora; 2008. p.54.

Avaliação dos níveis de cortisol em pacientes deprimidos e sua variação após curso terapêutico com eletroconvulsoterapia

Resumo de Tese

Autor: Daniel Fortunato Burgesse

Orientadora: Profa. Dra. Debora Pastore Bassitt

Nível: Mestrado

RESUMO

Introdução: Após setenta anos da introdução e uso da moderna psicofarmacologia, a Eletroconvulsoterapia (ECT) continua como uma modalidade terapêutica essencial no tratamento das doenças mentais e seus mecanismos de ação continuam incertos. Os hormônios desempenham um papel essencial no desenvolvimento e na expressão de uma série de alterações comportamentais. Um aspecto da influência dos hormônios no comportamento é a sua potencial contribuição para a fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos e para o mecanismo de ação de psicotrópicos e ECT. Alguns estudos associam a doença depressiva ao resultado de alterações do sistema imunológico, que se encontra intimamente ligado ao eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

Objetivo: Avaliação da concentração do hormônio cortisol sanguíneo no início e ao longo do tratamento com ECT, em pacientes com diagnóstico de depressão unipolar com base no Manual de Diagnóstica e Estatística das Perturbações Mentais - (DSM IV).

Métodos: Dosamos cortisol sanguíneo ao início do tratamento com ECT, na sétima sessão e após um curso terapêutico eficaz de tratamento, ao lado da avaliação sintomática dos sintomas depressivos através da aplicação de Escala de Depressão de Beck e a comparação com níveis de cortisol sanguíneo em voluntários saudáveis.

Resultados: Um total de 11 participantes completaram o estudo com resultados no momento basal e pós-ect, tiveram média de idade de 59,5 anos ($\pm 10,93$), apresentaram dosagem média de cortisol basal de 16,36 $\mu\text{g/dL}$ ($\pm 5,065 \mu\text{g/dL}$) e escore na escala BDI de 44,82 ($\pm 8,424$). Ao término do tratamento o grupo deprimido obteve dosagem média de cortisol de 14,64 $\mu\text{g/dL}$ ($\pm 5,065 \mu\text{g/dL}$) e escore na escala BDI de 18,45 ($\pm 2,911$), enquanto o grupo controle obteve média de dosagem de cortisol 11,40 $\mu\text{g/dL}$ ($\pm 3,098 \mu\text{g/dL}$) e escore BDI de 5,40 ($\pm 3,565$).

Conclusão: Nossos resultados sobre a dosagem de cortisol evidenciaram uma queda de suas concentrações ao longo do tratamento com ECT. Inicialmente o grupo deprimido mostrou níveis de cortisol maiores que o grupo controle e, a partir da 7ª sessão de ECT, os níveis de cortisol se assemelhavam ao grupo controle, estes achados foram significativamente maiores no grupo de pacientes deprimidos maiores de 60 anos quando comparados ao grupo controle. É possível que a ECT atua como um regulador do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

Descritores: Depressão; Cortisol; Eletroconvulsoterapia; Sistema endócrino

Data de Defesa: 25/06/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Variáveis maternas e perinatais em partos por cesáreas de recém-nascidos com pesos entre 1000 e 2500 gramas

Resumo de Tese

Autora: Leticia Albuquerque Sala Franciulli

Orientador: Prof. Dr. Umberto Gazi Lippi

Nível: Mestrado

RESUMO

O aumento do número de partos por cesáreas, particularmente no Brasil, tem sido uma constante nos últimos anos. Seu crescimento no pré-termo traduz-se pela grande frequência da gravidez de alto risco, que pode levar à antecipação do parto. O presente estudo tem como objetivo estudar variáveis maternas e perinatais em partos por cesáreas de recém-nascidos com pesos entre 1000 e 2500 gramas, no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Geral do Grajaú, São Paulo - SP, no período de janeiro de 2004 a setembro de 2006. Nesse período, foram totalizados 7070 partos, com 1536 cesarianas, das quais 256 de recém-nascidos pesando entre 1000 e 2500 gramas. Foram analisados de acordo com as variáveis maternas: idade, paridade, escolaridade, estado marital, cor, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, indicação da cesariana, tipo de anestesia e com as variáveis perinatais: sexo dos recém-nascidos, peso de nascimento e escore de Apgar de primeiro e quinto minutos. Do grupo analisado, 26,9% das mulheres entre 21 e 25 anos, 32,8% primigestas; 35,9% grau de escolaridade até o primeiro grau incompleto; 67,6% com companheiro; 53,5% não brancas; 34,8% com idade gestacional maior que 35 semanas; 50,8% realizaram menos de 06 consultas de pré-natal. A principal indicação da cesariana foi a doença hipertensiva específica da gestação, 23,8% e 90,6% das mulheres foram submetidas a raquianestesia. 52,6% dos recém-nascidos do sexo feminino e 47% com pesos entre 2000 E 2499 gramas; 58,3% E 79,3% com escores de Apgar de 7 a 9 no primeiro e quinto minutos de vida, respectivamente. Apesar do baixo peso ao nascer, observou-se elevados escores de Apgar e associação do parto por cesárea com, baixo nível sócio econômico, determinados pela baixa escolaridade e pelo insuficiente número de consultas pré-natal.

Descritores: Gravidez de alto risco; Cesárea; Índice de Apgar; Cuidado Pré-natal; Idade gestacional; Recém-nascido de baixo peso

Data de Defesa: 07/07/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

A ressonância magnética por difusão na avaliação da terapia neoadjuvante no câncer de reto

Resumo de Tese

Autor: Thiago Bassaneze

Orientador: Prof. Dr. Jaques Waisberg

Nível: Mestrado

RESUMO

Introdução: O reestadiamento do câncer retal após a terapia neoadjuvante é fundamental na tomada das decisões terapêuticas, sendo realizada pela ressonância magnética (MRI). É reconhecido que esse método possui diversas limitações quando aplicada em pacientes submetidos a neoadjuvância com radioquimioterapia.

Objetivo: Avaliar as medidas de associação da MRI convencional e MRI com sequências de difusão (DWI-MRI) por meio do coeficiente de atenuação aparente (ADC) em portadores de câncer de reto que receberam terapia neoadjuvante. **Método:** Quarenta e quatro doentes com câncer de reto localmente avançado foram avaliados pela MRI e DWI-MRI antes e após o término da terapia neoadjuvante e operados com intenção curativa. Comparou-se o estadiamento tumoral pela MRI e DWI-MRI pós neoadjuvância, com os achados histopatológicos da peça cirúrgica. **Resultados:** A MRI convencional apresentou sensibilidade de 96,4%, especificidade de 75%, valor preditivo positivo de 93% e negativo de 85,7%. Com a utilização da DWI-MRI, foi obtido aumento de 4,6% na sensibilidade, e de 25% na especificidade na MRI. Os doentes com resposta patológica completa ao tratamento neoadjuvante diferiram dos demais grupos nos valores absolutos de ADC pós neoadjuvância e no seu incremento após o tratamento ($p < 0,01$). **Conclusões:** A utilização das sequências de difusão (DWI-MRI) aumentou as medidas de associação da ressonância magnética (MRI) convencional com o estadiamento patológico do carcinoma retal. O valor de ADC pós neoadjuvância de $1,32 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ permitiu acurácia máxima na distinção entre os indivíduos com e sem resposta patológica completa ao tratamento neoadjuvante e acima de $1,49 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ não houve falso-negativos.

Descritores: Câncer retal; Espectroscopia de ressonância magnética; Imagem de difusão por ressonância magnética; Estadiamento de neoplasias; Terapia neoadjuvante

Data de Defesa: 13/08/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Aspectos anatomorradiológicos de facilitadores do implante transvenoso do eletrodo ventricular esquerdo na terapia de ressincronização cardíaca em pacientes portadores de miocardiopatia dilatada

Resumo de Tese

Autor: Lenine Angelo Alves Silva

Orientador: Prof. Dr. João Aparecido Pimenta de Almeida

Nível: Mestrado

RESUMO

Introdução: A terapia de ressincronização cardíaca (TRC) melhora sintomas e reduz a Morbimortalidade de pacientes portadores de miocardiopatia (MCP)dilatada. O acesso estável ao seio coronário (SC) é o principal problema para o sucesso do procedimento. **Objetivos:** Descrever conceito relacionados a radiologia do sistema cardiovascular destacando as particularidades da orientação espacial do seio coronário no coração dilatado na tentativa de identificar referências simples e facilitadoras para o procedimento. **Métodos:** Num período de 80 meses, trinta e oito pacientes submetidos a TRC foram avaliados. Todos os pacientes foram submetidos a flebografia do SC utilizando incidência nas projeções antero-posterior (AP) oblíqua anterior direita (OAD) e oblíqua anterior esquerda (OAE). **Resultados:** A média etária foi de 61 ± 10 anos para a população em geral, vinte e um pacientes (55%) eram do sexo masculino. A etiologia isquêmica, seguida da hipertensão arterial sistêmica foi predominante para os homens. Estes eram mais sintomáticos (NYHA $3,6 \pm 0,4$ versus $3,2 \pm 0,3$ $p = 0,008$) e apresentavam maior disfunção ventricular esquerda (FE $28 \pm 6\%$ versus $34 \pm 3\%$ $P=0,008$) comparativamente as mulheres. Nestas, houve um predomínio de etiologia Hipertensiva, seguida pela doença chagásica. Para a população geral, maior gravidade dos sintomas e pior fração de ejeção não se traduziram em maior dificuldade de cateterização estável do SC e posicionamento final do eletrodo de ventrículo esquerdo. Os casos de maior dificuldade técnica corresponderam ao grupo de pacientes que apresentavam a orientação do ostio do SC direcionada para a via de entrada do ventrículo direito, o que ocorreu em 38% dos casos. Esta orientação pode ser avaliada adequadamente em OAD, as projeções em AP e OAP não foram elucidativas em casos mais complexos ou tecnicamente mais demorados. Somente em um paciente não foi possível a cateterização do SC devido a drenagem anômala ostial. No total, três pacientes foram encaminhados para abordagem epicárdica por outros motivos, não houve óbito e nem complicações maiores. **Conclusão:** A abordagem utilizando as três projeções radiológicas permite dimensionar com riqueza de detalhes a anatomia e a distorção geométrica do SC. A projeção em OAD a 30° permite identificar os casos tecnicamente mais complexos para o implante de eletrodo de VE e sua utilização de forma rotineira pode evitar alternativas de alto custo e tecnicamente mais complexas de implementação da TRC. Anatomia radiologia do coração terapia de ressincronização cardíaca. Implante de eletrodo ventricular esquerdo. Seio coronário. Projeção oblíqua anterior direita. Miocardiopatia dilatada

Descritores: Implante de eletrodo ventricular esquerdo; Seio coronário

Data de Defesa: 25/09/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Perfil clínico dos pacientes com diagnóstico de câncer de tireoide no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Resumo de Monografia

Autores: Vanessa Castro Ramos Pupo Natale, Victor Sousa da Silveira, Ricardo Ayello Guerra, Evandro de Souza Portes

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

Introdução: O câncer de tireoide é raro mas, entre as neoplasias endócrinas malignas, é a mais frequente e a sua incidência vem aumentando nos últimos anos. Conhecer a epidemiologia dos pacientes acometidos pode ajudar a identificar quem irá requerer um manejo mais agressivo e evitar tratamentos desnecessários. **Objetivo:** Definir o perfil clínico dos pacientes com diagnóstico de câncer de tireoide acompanhados no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE) e avaliar a eficácia do tratamento da doença na instituição. **Métodos:** Através da revisão de prontuário dos pacientes acompanhados no ambulatório, foi preenchido um questionário padrão acerca do perfil clínico do paciente e características da doença. **Resultados:** Ao todo, foram incluídos 231 pacientes no trabalho. Houve predomínio em mulheres (89,2%), na faixa etária de 50 a 59 anos (34,1%) e tumores do tipo papilífero (93,5%), diagnosticados em fases iniciais (57,4% em estadio 1). Na população estudada, 82,7% dos pacientes apresentavam critérios de livre de doença e 14,7% apresentava persistência da mesma. **Conclusão:** O perfil clínico da população estudada corresponde ao descrito na literatura e a elevada taxa de pacientes livres da doença corrobora o seu bom prognóstico.

Descritores: Câncer de tireoide; Epidemiologia; Radioiodoterapia

Trabalho realizado: Serviço de Endocrinologia e Metabologia

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Avaliação da qualidade de vida de pacientes com diagnóstico ultrassonográfico de endometriose ovariana

Resumo de Monografia

Autores: André Vinícius de Assis Florentino, Ana Maria Gomes Pereira, João Alfredo Martins, Raquel Martins Arruda, Reginaldo Guedes Coelho Lopes

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

Objetivo: Avaliar a existência de associação entre fatores epidemiológicos e clínicos com os resultados obtidos no questionário sobre qualidade de vida em pacientes com diagnóstico ultrassonográfico de endometriose ovariana. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional transversal entre julho de 2012 e maio de 2015 no qual as pacientes que apresentavam imagem sugestiva de endometrioma na ultrassonografia pélvica transvaginal e que concordaram em participar da pesquisa, preencheram o questionário padronizado Endometriosis Health Profile- 30 (EHP-30) para acessar os escores de qualidade de vida antes de qualquer tratamento para a endometriose durante avaliação inicial no ambulatório de Endometriose do HSPE-FMO. Foram incluídas 62 pacientes. Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 22 para comparação dos dados através de regressão múltipla linear. **Resultados:** A adequabilidade do modelo de regressão linear foi confirmada através do histograma da variável dependente e do gráfico de dispersão dos resíduos confirmando a tendência de linearidade bem como a distribuição homogênea dos resíduos. A idade média das 62 pacientes foi de $39,7 \pm 7,1$ anos. A grande maioria era da raça branca (64,5%) , apresentava elevada escolaridade, ensino superior completo (56,5%) e eram nuligestas (40,3%). Apresentaram infertilidade 48,4% das pacientes estudadas. Todas eram sintomáticas e queixaram-se principalmente de dor acíclica em 80,6% dos casos, dismenorreia em 79% e de dispareunia em 61,3%. **Conclusões:** Dispareunia e dor acíclica foram fatores independentes de correlação com o resultado do escore total do EHP – 30 ajustados por cor branca, dismenorreia e maior diâmetro do cisto. Consideramos interessante a adoção um ponto de corte para os escores obtidos no questionário, para melhor estratificação do real impacto negativo da doença na qualidade de vida das pacientes. Outrossim acreditamos que o uso do questionário EHP-30 deve ser encorajado em novos estudos clínicos.

Descritores: Endometriose; Dor pélvica; Qualidade de vida

Trabalho realizado: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Tuberculose disseminada em paciente com SIDA

Resumo de Monografia

Autores: Fernanda Cristina de Araújo Souza

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Entre as infecções oportunistas destacam-se: tuberculose pulmonar atípica ou disseminada. A infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* trata-se de uma doença antiga e curável que permanece como um dos problemas de saúde mais antigos do mundo. A tuberculose disseminada é definida como o acometimento de pelo menos dois sítios não contíguos ou ainda de um sítio acompanhado de hepatoesplenomegalia e/ou adenomegalia intra-abdominal, devendo ser pensada frente às diversas variedades de apresentação clínica. Nos quadros graves em que existe forte suspeita diagnóstica, deve-se considerar a introdução de terapia empírica precoce enquanto aguardam-se os resultados da confirmação bacteriológica, pois a mortalidade desses pacientes é muito alta. Além disso, é importante incentivar o diagnóstico e tratamento precoce da infecção pelo vírus HIV, de forma a evitar a fase SIDA e as complicações inerentes a ela.

Descritores: SIDA; Tuberculosis

Trabalho realizado: Serviço de Clínica Médica

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Avaliação de atitudes e conhecimentos sobre sexualidade de idosos atendidos no ambulatório

Resumo de Monografia

Autores: Fernanda Terribili Novaes Santos, Graziela Bianca Bortolo, Maria Cristina Collina de Castro, Maurício Miranda Ventura

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

Objetivos: Avaliar conhecimentos e atitudes referentes à sexualidade em idosos atendidos no ambulatório de Geriatria do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual e identificar o perfil epidemiológico destes. **Métodos:** Estudo transversal, analítico, com 49 idosos atendidos no ambulatório de Geriatria, utilizando-se a escala ASKAS adaptada. **Resultados:** A média do escore de conhecimento foi de 29 pontos de um total de 60. Já a média de escore das atitudes foi de 15 pontos de um total de 40. Noventa e cinco por cento dos idosos casados e 100% dos divorciados e solteiros discordaram que a atividade sexual em pessoas idosas é perigosa para saúde, o que não foi observado nos viúvos, os quais 40% consideraram essa afirmativa verdadeira. O nível de conhecimento não foi significativamente diferente em relação ao sexo, faixa etária, ocupação, religião, nível de atividade física e renda mensal. Idosos divorciados apresentaram níveis elevados de conhecimento e os viúvos os piores escores. A média do escore de conhecimento em idosos com maior nível de escolaridade foi de 26,7, demonstrando assim um maior nível de conhecimento. Nas questões referentes as atitudes, não foram encontradas diferenças significantes em relação aos grupos. **Discussão:** Foi evidenciado que o nível de escolaridade dos idosos, tem interferência no nível de conhecimento com uma correlação positiva. Observamos um maior nível de conhecimento sobre sexualidade em idosos divorciados. Houve uma correlação positiva entre conhecimento e uma atitude mais favorável a sexualidade.

Descritores: Idosos; Sexualidade; Conhecimento

Trabalho realizado: Serviço de Geriatria

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil