

REVISTA GOIANA DE MEDICINA



Número 57 • Abril de 2020
ISSN: 00349585

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

PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE A UTILIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA

AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
ASSISTIDOS NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA
E DA ADOLESCÊNCIA DE ANÁPOLIS-GO

ANÁLISE DOS DADOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL DO
SISTEMA DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO DE UMA MATERNIDADE
EM GOIÂNIA-GO

HIPERPLASIA DA SUPRA-RENAL CONGÊNITA: REPERCUSSÕES FETAIS,
NEONATAIS, PUBERAIS E NA VIDA ADULTA

ADENOCARCINOMA COLORRETAL SINCRÔNICO EM PACIENTE COM
POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR ATENUADA: RELATO DE CASO

SÍNDROME DO DENTE COROADO: RELATO DE CASO



Seja um Associado e contribua para o fortalecimento da Medicina em Goiás!

- Participação em atividades culturais
- Defesa profissional da classe médica
- Orientação jurídica

Fale Conosco

Atualize seu cadastro pelo site

amg.org.br

Associação Médica de Goiás
Av. Portugal, nº 1.148,
Ed. Órion Business & Health Complex,
15º andar, Setor Marista, Goiânia-GO.
CEP: 74.150-030 62 3285-6111
comunicacao@amg.org.br

Copyright © 2020 by: Revista Goiana de Medicina

Editora: Conexão Soluções Corporativas

CIP - Brasil - Catalogação na Fonte
BIBLIOTECA PÚBLICA ESTADUAL PIO VARGAS

REV Revista goiana de medicina. / Nilzio Antônio da Silva (orgs).
N. 57 (2020) - Goiânia: Conexão Soluções Corporativas, 2020.

40p. : il. (Publicação semestral)
ISSN: 0034-9585

1. Medicina. 2 Clínica Médica. 3. Clínica Cirúrgica. I.Titulo.

CDU: 617: (051)

DIREITOS RESERVADOS – É proibida a reprodução total ou parcial da obra, de qualquer forma ou por qualquer meio sem a autorização prévia e por escrito do autor. A violação dos Direitos Autorais (Lei n.º 610/98) é crime estabelecido pelo artigo 48 do Código Penal.

Impresso no Brasil
Printed in Brazil
2020

EXPEDIENTE

Revista Goiana de Medicina

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

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

Editores - Chefes

Antônio Fernando Carneiro
Nilzio Antônio da Silva
Waldemar Naves do Amaral

Editor Emérito

Hélio Moreira

Homenagem Editorial Póstuma

Joffre Marcondes de Rezende

Presidente da Associação Médica de Goiás

José Umberto Vaz de Siqueira

Presidente da Academia Goiana de Medicina

Lindomar Guimarães Oliveira

Diretor da Faculdade de Medicina da UFG

Antônio Fernando Carneiro

Corpo Editorial

Alexandro Ostermaier Lucchetti
Anís Rassi
Anís Rassi Júnior
Celmo Celso Porto
Frederico Barra de Moraes
Heitor Rosa
Juarez Antônio de Souza
Marcelo Fouad Rabahi
Marcos Pereira de Ávila
Maria Auxiliadora do Carmo
Mário Aprobato
Mariza Martins Avelino
Rui Gilberto Ferreira
Salvador Rassi
Sandro da S. Reginaldo

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



NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

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

1. Artigos originais completos sejam prospectivos ou retrospectivos, experimentais.
2. Relatos de casos de grande interesse desde que bem documentados clínica e laboratorialmente.
3. Números especiais como coletâneas de trabalhos apresentados nos congressos brasileiros, anais e suplementos com trabalhos versando sobre tema de grande interesse.
4. Artigos de revisão, inclusive meta-análises e comentários editoriais, a convite, quando solicitados a membros do conselho editorial.
5. Comunicação breve. Abordará um aspecto ou detalhe específico de um tema. Deve incluir resumo com no máximo 250 palavras, e três a cinco palavras-chave. O texto não necessita de subdivisões, devendo ter até 2.500 palavras, incluídas as referências e excluídas as do título, resumo, tabelas e legendas. Pode ter até 3 figuras ou tabelas e até 25 referências.

A revista não aceitará material editorial com objetivos comerciais.

PROCESSAMENTO

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

DIREITOS AUTORAIS (COPYRIGHT)

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

AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE

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

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

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

APRESENTAÇÃO

Os manuscritos devem ser digitados em espaço duplo em um só lado da folha de papel A4. Os artigos originais devem conter os seguintes tópicos: Título (português e inglês), resumo (português e inglês), introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos e referências. Cada tópico deve ser iniciado em uma nova página. Os relatos de casos devem ser estruturados em: introdução, relato de caso, discussão e referências. A primeira página deve incluir: título, nome completo dos autores e vínculo institucional, títulos (não

mais que 20 palavras), palavras chaves (5-8 palavras) e o endereço para correspondência. A segunda página deve conter o título do manuscrito no cabeçalho e cuidado deve ser tomado no restante do texto para que o serviço ou os autores não possa ser identificado (suprimi-los).

RESUMO

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

ESTILO

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

LITERATURA CITADA

As referências devem ser numeradas consecutivamente à medida que aparecem no texto e depois nas figuras e tabelas se necessárias, citadas em numeral sobrescrito, ex: "Trabalho recente sobre o efeito do ultrassom 22 mostra que....". Todas as referências devem ser citadas no fim do artigo seguindo as informações abaixo:

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

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

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

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

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

ILUSTRAÇÕES

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

TABELAS

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

06

PERCEÇÃO DE MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A UTILIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA

VALTER LUIZ MOREIRA DE REZENDE, RENAN DE ASSIS PEREIRA, EDNA REGINA SILVA PEREIRA, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA, ALEXANDER CHATER TALEB

12

AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DE ANÁPOLIS-GO

PEDRO AUGUSTO SILVA RUAS, LUNA JEANNIE ALVES MANGUEIRA, ANDREZA MOREIRA SANTOS, ARTUR GONÇALVES MACHADO, NATÁLIA PIERDONÁ, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA

18

ANÁLISE DOS DADOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL DO SISTEMA DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO DE UMA MATERNIDADE EM GOIÂNIA-GO

NATÁLIA PIERDONÁ, ARTUR GONÇALVES MACHADO, DANILO MACIEL CARNEIRO FIHO, PEDRO AUGUSTO SILVA RUAS, TÁRIK KASSEM SAIDAH, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA

23

HIPERPLASIA DA SUPRA-RENAL CONGÊNITA: REPERCUSSÕES FETAIS, NEONATAIS, PUBERAIS E NA VIDA ADULTA

CAROLINA MACEDO SAIDAH HANNA, MOHAMED KASSEM SAIDAH, TÁRIK KASSEM SAIDAH, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA, WALDEMAR NAVES DO AMARAL

29

ADENOCARCINOMA COLORRETAL SINCRÔNICO EM PACIENTE COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR ATENUADA: RELATO DE CASO

ARNALDO SERGIO NERIS PEREIRA, DÉBORA FERNANDES BARBALHO, JÉSSICA JEANNE DIAS, LUCIANA MORELLI CALDEIRA, MARIA ONDINA MACHADO DINIZ

34

SÍNDROME DO DENTE COROADO: RELATO DE CASO

PAOLLA MACHADO COTRIM, ARIANE DE SOUZA CORDEIRO, LORRAINE BRANQUINHO FERREIRA, CAROLINE CARDOSO COELHO, LUCAS MATHEUS REIS, FABIANO INÁCIO DE SOUZA, FREDERICO BARRA DE MORAES

PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A UTILIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA

PRIMARY CARE PHYSICIANS PERCEPTION ON THE USE AND REGULATION OF TELEMEDICINE

VALTER LUIZ MOREIRA DE REZENDE¹, RENAN DE ASSIS PEREIRA², EDNA REGINA SILVA PEREIRA³, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA⁴, ALEXANDER CHATER TALEB⁵

RESUMO

Introdução: a telemedicina está cada vez mais presente na realidade do médico da Atenção Primária à Saúde (APS), possibilitando maior resolubilidade, com diagnóstico, tratamento e um acompanhamento mais hábil. No entanto, existem ainda grandes divergências no meio médico quanto ao uso de determinadas ferramentas. O Conselho Federal de Medicina tentou em 2019, através de uma portaria, normatizar as práticas da telemedicina no Brasil, porém ela foi revogada e encontra-se em fase de discussão. Objetivos: descrever a percepção de médicos da APS sobre a Telemedicina e a tentativa de regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, quantitativo, transversal e observacional. O estudo foi desenvolvido com os médicos da APS dos municípios de Aparecida de Goiânia e Anápolis (Goiás). Foram convidados a participar todos os 130 médicos que atuam na APS destes municípios. Os dados foram coletados através da realização de um questionário estruturado com questões fechadas e abertas. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas (dados sociodemográficos e acadêmicos com os aspectos da telemedicina, telessaúde e questões legais) foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Resultados/discussão: foram avaliados 71 médicos, dos quais 63,4% não leram a resolução do Conselho Federal de Medicina 2.227/2018 e 64,8% conhecem alguma ferramenta da telemedicina; 74,6% acreditam que o sistema de consultoria é capaz de reduzir o número de encaminhamentos e 70,4% o consideram confiável; os residentes de medicina de família e comunidade são os que mais conhecem e usam a teleconsultoria. Conclusão: Embora a maioria dos entrevistados reconheça a importância da Telemedicina e do Telessaúde, muitos desconheciam os recursos que tinham à disposição e alegavam não ter recebido capacitação para utilizá-los. Espera-se, portanto, que cursos de medicina e serviços que promovem atividades de educação continuada abordem o tema da telemedicina de forma mais satisfatória. Investir na especialização em Medicina de Família e Comunidade e em questões estruturais também pode ser uma alternativa para aumentar a adesão dos médicos às inovações ofertadas à APS.

DESCRITORES: TELEMEDICINA; TELESSAÚDE; ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

ABSTRACT

Introduction: Telemedicine is increasingly present in the reality of the physician that works with Primary Health Care (PHC), enabling greater solvability, with diagnosis, treatment and more skillful monitoring. However, there are still wide divergencies in the medical area regarding the use of certain tools. The Federal Council of Medicine tried in 2019, through an ordinance, to regulate telemedicine practices in Brazil, but this ordinance was revoked and is now under discussion. Goals: to describe the perception of PHC physicians about Telemedicine and the attempt of regulation by the Federal Council of Medicine. Methodology: This is a descriptive, exploratory, quantitative, cross-sectional and observational study. The study was conducted with PHC doctors from the cities of Aparecida de Goiânia and Anápolis (Goiás). All 130 doctors who work with PHC in these cities were invited to take part. Data were collected by conducting a structured questionnaire with closed and open questions. The Chi-squared test was used to verify the connection between categorical Variables, such as sociodemographic and academic data with aspects of

1 - Doutorando em Ciências da Saúde FM-UFG.

2 - Médico residente em Medicina de família e comunidade do Centro Universitário de Anápolis - Unievangélica. Anápolis, Goiás, Brasil

3 - Doutora em Nefrologia, Professora Titular do Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

4 - Analista, doutoranda em Ciências da Saúde - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

5 - Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

telemedicine, telehealth and legal questions. Results / discussion: 71 physicians were evaluated, of whom 63.4% did not read the Federal Council of Medicine 2,227 / 2018 resolution and 64.8% know some tools of telemedicine; 74.6% believe that the consultancy system can reduce the number of referrals and 70.4% consider it reliable; Resident physicians of Family Medicine are the ones who know and use teleconsultation best. Conclusion: Although most respondents acknowledge the importance of telemedicine and telehealth, many were unaware of the resources at their disposal and claimed that they were not trained to use them. Therefore, medical courses and services that promote continuing educational activities are expected to address the topic of telemedicine more satisfactorily. Investing in specialization in Family Medicine and structural issues can also be an alternative to increase the accession of physicians to innovations offered to PHC.

KEYWORDS TELEMEDICINE; TELEHEALTH; PRIMARY CARE

INTRODUÇÃO

A medicina passou por grandes transformações ao longo da história, onde as tecnologias tiveram um papel fundamental. Elas foram responsáveis pela criação de procedimentos e instrumentos com a finalidade de melhorar o acesso, diagnosticar, tratar e prevenir as diversas enfermidades¹. Podemos destacar, como exemplo, a invenção do estetoscópio, do microscópio e a implementação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no cenário da saúde¹.

As TIC viabilizaram o desenvolvimento de importantes recursos no exercício da medicina, entre eles a Telemedicina. Uma ferramenta caracterizada pelo uso dos meios tecnológicos para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, e promoção de saúde a distância². A telemedicina tem a capacidade de oferecer serviços específicos como a teleconsultoria, por meio de uma segunda opinião formal, a tele-educação, o telediagnóstico e telemonitoramento dentro da Atenção Primária em Saúde (APS) e nos diversos outros serviços em saúde³.

A Telemedicina possibilitou também estabelecer diagnósticos mais precisos, um tratamento adequado e o acompanhamento da resposta do paciente, em tempo hábil. Dessa forma, reduzem a procura dos pacientes por serviços de atenção especializada e de urgência/emergência², diminuem gastos desnecessários, horas e tempo de trabalho perdidos⁴.

Para os profissionais, a telemedicina é capaz de gerar aprendizado contínuo, oferecendo suporte na qualificação, na resolução de dúvidas e no adequado manejo para atenção especializada⁵. No contexto da APS brasileira, merece destaque o programa Telessaúde (TS) e suas teleconsultorias, que envolvem atividades para apoio assistencial ou com caráter educacional, e que têm provido qualificação aos serviços e profissionais⁷.

A APS representa uma estratégia de organização da atenção à saúde, responsável por resolver grande parte dos problemas da população de forma regionalizada, sistematizada e contínua, por meio de ações curativas e preventivas⁸. No entanto, apresenta ainda grande heterogeneidade na qualidade, acesso e custo de atenção à saúde no país. Neste contexto e buscando

melhorar a formação dos profissionais e qualidade dos serviços, atividades de educação permanente (EP), como as ofertadas através do Telessaúde, tornam-se uma estratégia fundamental⁹.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua resolução nº 2.227/2018, tentou, ainda sem sucesso, atualizar a regulamentação dos serviços de Telemedicina no Brasil². Houve uma grande resistência de alguns profissionais e entidades que manifestaram preocupação com uma possível diminuição da qualidade do cuidado prestado à população. Além disso, existe um receio quanto a confidencialidade, a qualidade dos materiais a serem empregados e as questões médico-legais¹⁰.

Considerando as diversas potencialidades da telemedicina, sua utilização cada vez mais frequente ao redor do mundo e as discussões e resistências sobre sua aplicabilidade no cenário brasileiro, o presente estudo busca descrever a percepção de médicos da APS sobre a Telemedicina e a tentativa de regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, quantitativo, transversal e observacional, que buscou descrever a percepção de médicos da APS sobre a telemedicina e a tentativa de regulamentação desta pelo CFM.

O estudo foi desenvolvido nos municípios de Aparecida de Goiânia e Anápolis (Goiás) e só iniciou após a anuência dos municípios envolvidos e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFG.

Foram convidados a participar todos os 130 médicos que atuam na APS destes municípios e obteve-se 71 respostas. Como critérios de inclusão para participar do estudo foram considerados: ser médico atuante na APS dos municípios de Aparecida de Goiânia e Anápolis. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados por questões de saúde, licenças ou férias no período da pesquisa.

Todos os profissionais médicos foram convidados a participar do estudo por meio de redes sociais, ligações, e-mails e grupos de um software de mensagem instantânea. Foram selecionados todos aqueles que responderam ao convite e

aceitaram participar da pesquisa. Estes responderam a um questionário online auto administrado.

Os dados foram coletados através da realização de um questionário com questões fechadas e abertas. O questionário foi criado pelos próprios pesquisadores, levando em consideração o tema em estudo e os objetivos da pesquisa. Foram elaboradas 26 perguntas, dividido em quatro partes, seguindo uma sequência lógica. Foi aplicado um questionário piloto, com 8 médicos que atuam na APS, como forma de validação. Eventuais dificuldades de compreensão foram corrigidas para aplicação na amostra do estudo.

O questionário, enviado por meio eletrônico, foi respondido após concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexado ao mesmo. As perguntas só eram liberadas para resposta após aceitação do TCLE. As questões fechadas foram construídas através da escala Likert, juntamente com questões abertas, com conteúdo referente a caracterização dos participantes e de seus conhecimentos e utilização da Telemedicina CAEE: 19736919.6.0000.5078.

Os dados foram expressos como frequências, porcentagens e gráficos. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas (aspectos sócio-demográficos e acadêmicas com os aspectos da telemedicina, telessaúde e aspectos legais) foi utilizado o teste de Qui-quadrado ou a correção de Likelihood Ratio. O nível de significância considerado foi 5% ou 0,05. Para análise foi utilizado o software Statistical Package for Social Science (SPSS).

RESULTADOS

No total, foram avaliados 71 profissionais que trabalham com medicina de família e comunidade, sendo que 41 pertenciam ao município de Anápolis – GO e 30 ao município de Aparecida de Goiânia – GO. A maioria possuía idade inferior a 30 anos (61,9%), 33,8% entre 30 a 40 anos, 1,5% entre 40 a 50 anos e 2,8% entre 50 a 60 anos. Desses, 61,9% eram do sexo biológico feminino e a maioria com tempo de trabalho menor de 2 anos (57,8%), 22,5% entre 2 e 4 anos, 7,1% entre 5 e 7 anos e 12,6 % entre 8 e 10 anos.

Quanto a via de utilização das teleconsultorias, o telessaúde Rio Grande do Sul, via telefone 0800, foi o mais citado (19) e o telessaúde Goiás, via computador, foi citado por 19,7% dos participantes. A frequência de pelo menos uma vez por mês foi relatado por 40,8% dos participantes e apenas um relatou usar de 2 a 5 vezes por semana os serviços de consultoria. 76% dos participantes recomendariam a consultoria do telessaúde para outros profissionais e o celular foi o meio eletrônico mais utilizado (54).

A maioria dos entrevistados (41) estão satisfeitos ou muito satisfeito com os serviços de consultoria e o tempo de resposta foi considerado bom ou muito bom por 53,5% dos médicos. 62% dos entrevistados consideraram as respostas satisfatórias ou muito

satisfatórias e a grande maioria consideram que os serviços de consultoria ajudam na prática médica (56). 70,4% dos médicos consideram o sistema de teleconsultoria tecnicamente confiável.

Quase a totalidade dos entrevistados (81,7%) relataram que não tiveram nenhuma capacitação para o uso do sistema de consultorias e 74,6% concordam que as consultorias podem reduzir os encaminhamentos. Além disso, 76% recomendariam a consultoria do telessaúde para outro profissional.

Dos entrevistados, 50,7% tinham como titulação apenas a graduação em medicina, 28,2% eram residentes em MFC, 16,9% eram médicos de família e comunidade e 4,2% possuíam especialização em outras áreas. Do total, 64,8% conheciam alguma ferramenta de telemedicina e 54,9% desejaram fazer uso de alguma de suas ferramentas. O telessaúde é conhecido por 83,1% e cerca de 57,7% já fez uso.

Os dados sociodemográficos e acadêmicos dos avaliados foram associados com os aspectos da telemedicina e houve associação significativa da titulação com o conhecimento de alguma ferramenta ($p=0,007$) e com o desejo de utilizar alguma ferramenta em sua prática profissional ($p=0,01$). Os profissionais que mais conhecem alguma ferramenta da telemedicina são os residentes em MFC (39,1%). A maior proporção de profissionais que desejam fazer uso das ferramentas de telemedicina também foram os residentes em MFC (38,5%) e os graduados em medicina (33,3%) (Tabela 1). Dos que responderam que conheciam alguma ferramenta ($n=41$) e tinham desejo de usá-la ($n=33$), 87,8% conheciam o telessaúde e 97% desejavam usar alguma teleconsultoria.

Quando analisado os dados sociodemográficos e acadêmicos com os aspectos da telessaúde, houve associação significativa da titulação com o conhecimento sobre o programa telessaúde ($p=0,007$) e com a realização de consultorias ($p=0,002$). Os profissionais graduados em medicina (42,4%) e residentes em MFC (32,2%) tinham maior conhecimento do telessaúde e foram os que mais realizaram consultorias (31,7% e 41,5%, respectivamente) (Tabela 2).

Dos profissionais avaliados que já fizeram teleconsultorias, foi encontrada associação com qualidade da internet da unidade de saúde ($p=0,02$) e com o conhecimento do sistema de consultoria ($p=0,03$). Com relação ao meio pelo qual tiveram conhecimento do sistema de consultoria, metade dos graduados em medicina tiveram conhecimento pelo gestor do município e os médicos de família e comunidade (75%) tiveram conhecimento por outros meios.

A análise realizada entre a titulação com a leitura prévia da resolução sobre telemedicina mostrou associação significativa ($p=0,004$) (Figura 1). Os graduados em medicina foram os que menos leram a resolução (80,6%), enquanto, os residentes em outras áreas foram os que mais leram (100,0%).

Tabela 1- Associação entre fatores sociodemográficos e acadêmicos com aspectos da Telemedicina.

	Conhecimento de alguma ferramenta em Telemedicina			Deseja fazer uso de alguma ferramenta em Telemedicina		
	Sim n (%)	Não n (%)	p*	Sim n (%)	Não n (%)	p*
Sexo						
Feminino	28 (60,9)	16 (64,0)	0,80	22 (56,4)	22 (68,8)	0,29
Masculino	18 (39,1)	09 (36,0)		17 (43,6)	10 (31,3)	
Faixa etária (anos)						
< 30	29 (63,0)	15 (60,0)	0,77	23 (59,0)	21 (65,6)	0,69
30 a 39	15 (32,6)	09 (36,0)		14 (35,9)	10 (31,3)	
40 a 49	01 (2,2)	0 (0)		01 (2,6)	0 (0)	
50 a 59 anos	01 (2,2)	01 (4,0)		01 (2,6)	01 (3,1)	
Titulação						
Graduado em medicina	17 (37,0)	19 (76,0)	0,007	13 (33,3)	23 (71,9)	0,01
Residentes em MFC	18 (39,1)	02 (8,0)		15 (38,5)	05 (15,6)	
Residência outras áreas	02 (4,3)	01 (4,0)		02 (5,1)	01 (3,1)	
Médico de família	09 (19,6)	03 (12,0)		09 (23,1)	03 (9,4)	
Tempo de atuação (anos)						
< 2	29 (63,0)	12 (48,0)	0,36	22 (56,4)	19 (59,4)	0,67
2 a 4	09 (19,6)	07 (28,0)		08 (20,5)	08 (25,0)	
5 a 7	04 (8,7)	01 (4,0)		04 (10,3)	01 (3,1)	
8 a 10	04 (8,7)	05 (20,0)		05 (12,8)	04 (12,5)	
Município de atuação						
Anápolis	29 (63,0)	12 (48,0)	0,22	23 (59,0)	18 (56,3)	0,82
Aparecida de Goiânia	17 (37,0)	13 (52,0)		16 (41,0)	14 (43,8)	

*Dados para p<0,05.

Tabela 2- Associação dos fatores sociodemográficos e acadêmicos com aspectos do Telessaúde.

	Conhecimento de alguma ferramenta em Telemedicina			Deseja fazer uso de alguma ferramenta em Telemedicina		
	Sim n (%)	Não n (%)	p*	Sim n (%)	Não n (%)	p*
Sexo						
Feminino	37 (62,7)	07 (58,7)	0,78	26 (63,4)	18 (60,0)	0,77
Masculino	22 (37,3)	05 (41,7)		15 (36,6)	12 (40,0)	
Faixa etária (anos)						
< 30	36 (61,0)	08 (66,7)	0,59	26 (63,4)	18 (60,0)	0,73
30 a 39	21 (35,6)	03 (25,0)		13 (31,7)	11 (36,7)	
40 a 49	01 (1,7)	0 (0)		01 (2,4)	0 (0)	
50 a 59 anos	01 (1,7)	01 (8,3)		01 (2,4)	01 (3,3)	
Titulação						
Graduado em medicina	25 (42,4)	11 (91,7)	0,007	13 (31,7)	23 (76,7)	0,002
Residentes em MFC	19 (32,2)	01 (8,3)		17 (41,5)	03 (10,0)	
Residência outras áreas	03 (5,1)	0 (0)		02 (4,9)	01 (3,3)	
Médico de família	12 (20,3)	0 (0)		09 (22,0)	03 (10,0)	
Tempo de atuação (anos)						
< 2	35 (59,3)	06 (50,0)	0,42	24 (58,5)	17 (56,7)	0,62
2 a 4	12 (20,3)	04 (33,3)		09 (22,0)	07 (23,3)	
5 a 7	05 (8,5)	0 (0)		04 (9,8)	01 (3,3)	
8 a 10	07 (11,9)	02 (16,7)		04 (9,8)	05 (16,7)	
Município de atuação						
Anápolis	36 (61,0)	05 (41,7)	0,22	26 (63,4)	15 (50,0)	0,26
Aparecida de Goiânia	23 (39,0)	07 (58,3)		15 (36,6)	15 (50,0)	

*Dados para p<0,05.

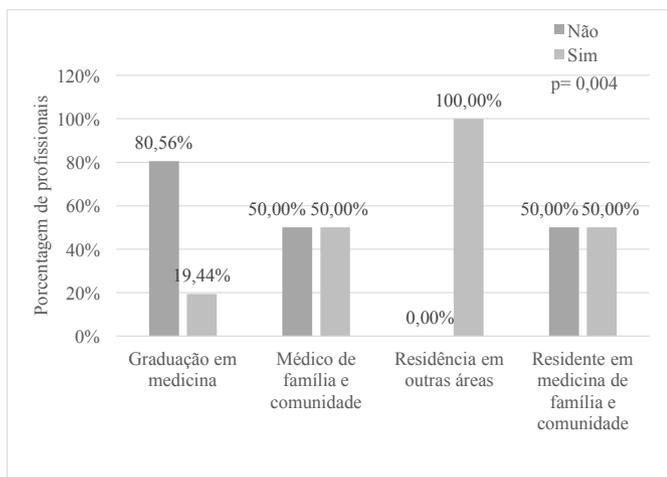


Figura 1 - Associação da titulação dos profissionais com a realização da leitura da Resolução número 2.227 do CRM.

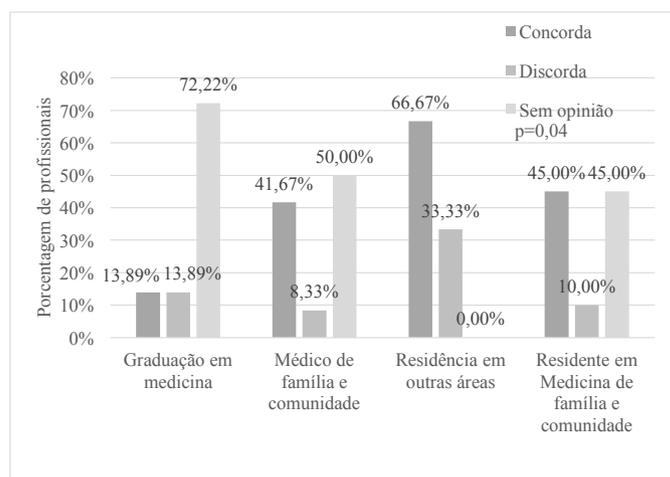


Figura 2- Associação entre titulação dos profissionais e a concordância da regulamentação da telemedicina proposta pela Resolução n. 2.227.

A associação da titulação dos profissionais com a concordância da regulamentação da telemedicina de acordo com a resolução foi significativa (p=0,04) (Figura 2). Os residentes em outras áreas foram os que mais concordaram com a resolução (66,7%), seguido dos residentes em MFC (45,0%) e médicos de família e comunidade (41,7%).

DISCUSSÃO

O perfil majoritário dos médicos que atuam na APS dos municípios de Anápolis e Aparecida de Goiânia é do sexo biológico feminino, menores de 30 anos e sem especialização em medicina de família e comunidade ou em outras áreas. A maioria com tempo de trabalho inferior a 2 anos. Situação

semelhante ao observado em dois trabalhos realizados no estado de Minas Gerais¹¹. Talvez um retrato do cenário atual da atenção primária brasileira, com um número maior de mulheres no mercado de trabalho e a absorção dos profissionais médicos, recém-formados, pelo serviço público.

O telessaúde é conhecido pela grande maioria e mais da metade já fez uso dessa ferramenta, sendo considerado confiável por 70,4% dos entrevistados. O serviço foi considerado satisfatório, com tempo de resposta bom e com satisfação na qualidade das respostas obtidas, um cenário semelhante ao encontrado em alguns estudos^{11,12,13,14}. Além disso, 78,9% concordam que a teleconsultoria ajuda na prática médica. A partir disso, talvez esse serviço possa contribuir para a educação continuada, resolubilidade e maior autonomia desses profissionais.

O telessaúde foi a ferramenta mais conhecida pelos entrevistados e o telessaúde Rio Grande do Sul, via 0800, foi a via mais utilizada pelos entrevistados. Um trabalho realizado no Rio Grande do Sul demonstrou que o canal 0800 é confiável, rápido e não demanda muito tempo do profissional¹⁵. No entanto, a frequência de utilização do serviço de uma vez por mês foi a mais relatada, situação evidenciada por esse mesmo estudo.

Os profissionais que possuem apenas graduação em medicina e os médicos residentes em MFC são os que mais conhecem o sistema de telessaúde e telemedicina. No entanto, são os residentes que mais usam os seus serviços. Concomitantemente, são os graduados que menos tem acesso a internet de boa qualidade. Talvez, a falta de infraestrutura de informática nas unidades e a falta de capacitação, citado por 81,7 %, sejam os responsáveis por esse cenário. Conclusão feita a partir da análise de alguns estudos que consideraram a falta de uma boa rede de informática, a falta de capacitação e de informação fatores associados a não utilização dos serviços de consultoria pelos médicos^{11,12,13,16}.

É importante ressaltar que os médicos que não possuíam especialização, na metade dos casos, tiveram conhecimento das teleconsultorias pelos gestores. Dessa forma, as instituições de ensino se tornam uma importante fonte de divulgação e capacitação desses profissionais, tornando-os preparados para as diversas possibilidades tecnológicas.

Cerca de 76% recomendaria o serviço de teleconsultoria para outro profissional, situação semelhante foi observada em um outro estudo¹². Além disso, a grande maioria concorda com a diminuição no número de encaminhamentos, como evidenciado no estudo realizado em Minas Gerais.¹¹

O Conselho Federal de Medicina tentou em sua resolução número 2.227/2018 regularizar o uso das tecnologias no campo da medicina, porém sem sucesso. Apesar da importância dessa resolução, muitos não a leram, com destaque para os

que possuíam somente a graduação em medicina. Estes foram os que menos leram a resolução e os que menos concordaram com ela. É necessário a criação e divulgação de políticas públicas e leis para o crescimento da teleconsultoria no Brasil, como ocorre em outros países¹⁷.

No Brasil, a Telemedicina apresenta possibilidades de crescimento, com grande destaque para a sua utilização na APS. O conhecimento de suas ferramentas é fundamental para a melhoria do atendimento à população e para suporte dos médicos. No entanto, é preciso conhecer suas possibilidades.

CONCLUSÃO

Embora a maioria dos entrevistados reconheçam a importância do Telessaúde e de suas teleconsultorias, muitos desconheciam os recursos que tinham a disposição e alegavam não ter recebido capacitação para utilizá-los. Outro ponto a destacar é que, mesmo com as repercussões da nova resolução do CFM sobre a regulamentação da telemedicina, muitos médicos não leram o documento publicado naquele momento, nem conheciam as potencialidades da telemedicina.

Estes achados alertam para necessidade de que cursos de medicina e serviços que promovem atividades de educação continuada abordem o tema da telemedicina de forma mais satisfatória. Investir na especialização em Medicina de Família e Comunidade também pode ser uma alternativa para aumentar a adesão dos médicos as inovações ofertadas à APS. Residentes e especialistas nesta área demonstraram maior adesão, concordância e interesse com a utilização do Telessaúde.

Quanto as dificuldades pontuadas, a falta de infraestrutura e conectividade em algumas unidades básicas de saúde merece destaque. Muitos médicos acabam optando por fazer uso das teleconsultorias no próprio celular. Com isso, seria fundamental oferecer ao profissional meios tecnológicos adequados para acesso de qualidade as diversas ferramentas de consultoria, como por exemplo, internet e computadores em bom funcionamento.

REFERÊNCIAS

1. Drumond, J. Ética e inovação tecnológica em medicina. Centro universitário São Camilo, Espírito Santo.. 2007; 1 (1): 24-33. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/Etica_e_inovacao.pdf>. Acesso em: 15 abril. 2019.
2. Conselho Federal De Medicina. Telemedicina: CFM regulamenta atendimento online no Brasil. 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28061>. Acesso em: 15 abril. 2019.
3. Ministério Da Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. 2017. Disponível em: <<https://www.portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/telessaude/programa-nacional-telessaude-brasil-redes>>. Acesso em: 15 abril. 2019.
4. Kahn, J.M. Virtual visits: confronting the challenges of telemedicine. The New England Journal of Medicine, Massachusetts, 2015, 372(18): 1684-1685.
5. Maeyama, M.a; Calvo, M.C.M. A integração do telessaúde nas centrais de regulação: a teleconsultoria como mediadora entre atenção básica e

- atenção especializada. *Revista brasileira de educação médica*, Brasília, 2018; 42(2):63-72. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n2/0100-5502-rbem-42-02-0063.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.
6. Nunes, A. A. Bava, Mgc, Cardoso Cl, Mello Lm, Trawitzki Lvv, Watanabe Mgc, Braggion, MF, Matumoto S, Carreta Rd, Santos, V. Telemedicina na Estratégia de Saúde da Família: avaliando sua aplicabilidade no contexto do PET Saúde. *Caderno de saúde coletiva*, 2016; 24(1): 99-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100099&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2019.
 7. Castro Filho, E. D. Telessaúde para Atenção Primária. Ministério Da Saúde. IS.I.I. 2012.
 8. Matta, G.C; Morosini, M. V. G. Atenção primária à saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 15 abr. 2019.
 9. Turci, M.a.; Lima-Costa, M.f.; Macinko, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015; 31(1): 1941-1952.
 10. Anderson K, Francis T, Ibanez-Carrasco F, Globermanj. Physician's Perceptions of Telemedicine in HIV Care Provision: A Cross-Sectional Web-Based Survey. *JMIR Public Health Surveill*, Bethesda, 2017; 3(2):31.
 11. Alkmim, M. B. M.; Ribeiro, A.; Figueira, R. Fatores associados à utilização de sistema de teleconsultoria na atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
 12. Ferreira, S. Dos S., Diaz, P. R. R. R., Feitosa, W. G., Silva, E. Odesafios na utilização de Teleconsultorias no Serviço de Atenção Primária à Saúde de municípios remotos da microrregião de Januária, Norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 11(1):e200-e200.
 13. Bernardes, A.C.F.; Coimbra, L.C.; Serra, H.O. Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2018; 42(1): e134.
 14. Schmitz, C.A.A.; Harzheim, E. Oferta e utilização de teleconsultorias para Atenção Primária à Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2017; 12(39): 1-11.
 15. Campello, C. Perfil de utilização do canal 0800 do TelessaúdeRS por médicos de atenção primária à saúde do Rio Grande do Sul. 2016.
 16. Damasceno, R. F.; Caldeira, A.P. Fatores associados à não utilização da teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, 2018; 24(8): 3089-3098.
 17. Celes Rs, Rossi Tra, De Barros Sg, Santos Cml, Cardoso C.A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2018; 1(42):e84, 2018.

AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ASSISTIDOS NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DE ANÁPOLIS-GO

DEPRESSION ASSESSMENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS ASSISTED AT THE PSYCHOSOCIAL SUPPORT CENTER FOR CHILDREN AND ADOLESCENCE IN ANÁPOLIS-GO

PEDRO AUGUSTO SILVA RUAS¹, LUNA JEANNIE ALVES MANGUEIRA², ANDREZA MOREIRA SANTOS³,
ARTUR GONÇALVES MACHADO⁴, NATÁLIA PIERDONÁ⁵, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA⁶

RESUMO

Introdução: Até pouco tempo pensava-se que a depressão infantil não existia ou que aparecia em uma forma mascarada. Foi a partir da década de 70 que houve aumento do interesse no campo da investigação e no meio acadêmico, reconhecendo-se a presença significativa desse distúrbio entre crianças e adolescentes, obtendo muitos avanços alcançados para a compreensão e tratamento deste problema. O DSM IV considera a depressão infantil semelhante à depressão no adulto. No entanto, ressalva-se que uma criança deprimida pode apresentar humor irritável ao invés de tristeza; ou ainda revelar uma queda no rendimento acadêmico, além de perda da auto-estima e a sensação de inutilidade. A criança com quadro de depressão não tratada a tempo poderá desenvolver padrões de comportamento que se tornam resistentes a mudanças, sendo um quadro de certa gravidade ou ideação suicida. Objetivos: Este trabalho objetivou conhecer e caracterizar a incidência e prevalência de depressão infantil no Centro de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi) de Anápolis-GO. Métodos: Desse modo, busca traçar a tendência temporal da incidência de depressão em crianças e adolescentes no CAPSi desde a entrada de cada prontuário. Foi utilizada pesquisa observacional-descritiva, de caráter epidemiológico, onde as informações avaliadas foram coletadas a partir de prontuários permitindo uma avaliação retrospectiva do histórico dos pacientes. Resultados/ Discussão: A partir da análise dos dados verificou-se que o diagnóstico de episódio depressivo é mais frequente na adolescência do que na infância, o gênero feminino foi discretamente mais frequente com episódio depressivo. A maioria dos pacientes não apresentava comorbidades clínicas, contudo as enfermidades de maior prevalência foram cefaleia e migrânea. As principais comorbidades psiquiátricas foram Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Os resultados sobre a relação da automutilação e do sexo foram diferentes dos estudos analisados, cuja predominância se deu maior para o sexo masculino do que feminino. A maioria dos casos de tentativas de suicídio ocorreram com pacientes acima de 14 anos, sendo que 21% sofreram bullying, 33,3% dos pacientes que sofreram violência física, 40% dos pacientes que sofreram abuso verbal e 50% dos que sofreram violência sexual. Conclusão: É evidente que estudos de depressão nessa faixa etária são escassos no Brasil e no mundo, além disso, a saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil tornou-se questão de saúde pública recentemente. Nesse sentido, a compreensão dos dados epidemiológicos dessa morbidade permite o aperfeiçoamento da qualidade da atenção assistida pelo CAPSi.

DESCRITORES: DEPRESSÃO; INFÂNCIA; PSICOPATOLOGIA.

ABSTRACT

Introduction: Until recently it was thought that childhood depression did not exist or appeared in a masked manner. It was from the 70's there was increased interest in the field of research, recognizing the significant presence of this disorder among children and adolescents, getting

1 - Médica residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica

2 - Médica graduada pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica

3 - Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica

4 - Médico de Família e Comunidade.

5 - Médica residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica.

6 - Analista. Doutoranda em Ciências da Saúde da UFG.

many advances made in understanding and treating this problem. The DSM IV considers childhood depression similar to depression in adults. However, if caveat that a depressed child may have irritable mood rather than sadness; or reveal a decline in academic performance, as well as loss of self-esteem and the feeling of worthlessness. A child with untreated depression may develop behavior patterns that become resistant to change, with a certain severity or suicidal ideation. Objectives: This study aims to understand and characterize the incidence and prevalence of childhood depression on Psychosocial Child Support Centre (CAPSi) of Anapolis-GO. Methods: This work traces the temporal trend in the incidence of depression in children and adolescents in CAPSi since the entry of each record. It was an observational and descriptive research doing a retrospective evaluation of the history of the patients. Results/Discussion: From the data analysis it was found that the diagnosis of depressive episode is most common in adolescence than in childhood, females were slightly more frequent with depressive episode. Most patients had no clinical comorbidities, but the most prevalent diseases were headache and migraine. The main psychiatric comorbidities were Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalised Anxiety Disorder. The results on the relation of self-mutilation and sex were different from the analyzed studies, whose prevalence was given greater for males than females. Most cases of suicidal intention occurred in patients over 14 years, and 21% suffered bullying, 33.3% of patients who have suffered physical violence, 40% of patients who have suffered verbal abuse and 50% of victims of sexual violence. Conclusion: Clearly, studies of depression in this age group are scarce in Brazil and the world, in addition, the mental health of children and adolescents in Brazil has become a matter of public health recently. In that sense, the understanding of epidemiological data of this disease allows the improvement of quality of assisted by CAPSi attention.

KEYWORDS: DEPRESSION; CHILDHOOD; PSICOPATOLOGY.

1. INTRODUÇÃO

A depressão na infância ou na adolescência está implicada em consequências devastadoras. Só mais recentemente essa moléstia foi reconhecida pelos profissionais de saúde nessa faixa etária. Na década de 1970, houve reconhecimento da depressão infantil e em adolescentes pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH). Desde então houve um crescente aumento do interesse acadêmico havendo uma maior abrangência desse tema.¹

Atualmente, os estudos mais recentes têm fornecido dados que apontam que o fenômeno depressivo na criança é muito mais frequente do que imaginado. Aproximadamente sete por cento (6,7%) das crianças e adolescentes da população geral possuem um grau significativo de depressão. Em estudo realizado nos Estados Unidos a depressão aumentou de 8,7% para 11,3% no período de 2005 a 2014.²

Crianças com depressão possuem comportamentos como brincar, estudar e se relacionar com amigos, inferior à média do esperado para sua faixa etária. Além disso, se zangam, choram ou se queixam com maior frequência comparada às crianças que não tem depressão. A atenção e a concentração podem estar afetadas nas crianças deprimidas, muitas com rendimento escolar abaixo da média. Adolescentes têm baixo rendimento escolar, maior taxa de abuso de substâncias e maior risco de se tornarem adultos depressivos. É comum também o afastamento das pessoas e o retraimento social.³

A depressão infantil tem sido considerada duradoura e penetrante, afetando diversas funções e causando significativos danos psicossociais. Quanto mais cedo aparecer o quadro, o prejuízo e recorrência tendem a serem maiores.^{4,5} É preciso uma ressalva sobre a intensidade e quantidade dos sintomas,

ou seja, quanto mais problemas de comportamento a criança apresentar, maior será a tendência de ocorrer um desenvolvimento atípico, visto que a depressão poderá interferir nas atividades associadas à cognição e à emoção.⁶

A criança enferma não tratada a tempo poderá desenvolver padrões de comportamento que se tornam resistentes a mudanças. Tais padrões podem ser tanto menos graves até gerar ideações e comportamentos suicidas. Nestes casos, é recomendado um tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico.⁷

Consequência da reforma psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a oferecer um atendimento humanizado às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, de modo a oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando, dessa forma as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. Os CAPS busca a integração dos pacientes a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.^{8,9}

Sob os mesmos princípios, em 2002 foram criados os Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), que são serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS.⁹ Ainda são escassas as publicações relacionadas ao funcionamento dos CAPSi, principalmente no que tange a epidemiologia de depressão na infância e adolescência.¹⁰

2. MÉTODOS

Este artigo é do tipo observacional-descritivo, de caráter epidemiológico. As informações avaliadas foram coletadas a partir de prontuários de crianças e adolescentes atendidas no

Centro de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi) no município de Anápolis, Goiás – Brasil.

Após a liberação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA e autorização do Centro de Apoio Psicossocial Infantil, os dados analisados foram coletados dos prontuários. Estes foram manuseados apenas pelos pesquisadores. A coleta foi feita com o preenchimento de um instrumento estruturado para essa finalidade, contendo as variáveis de interesse do estudo.

Foram incluídos prontuários de crianças e adolescentes, com faixa etária de zero até dezoito anos, sendo excluídos os que estavam fora desse intervalo de idade.

O critério para selecionar os prontuários teve por fundamento, que os pacientes fossem diagnosticados com depressão ou tivessem episódio depressivo alguma vez em seu histórico. Sendo este diagnóstico, já estabelecido pelo médico da unidade e escrito por extenso no prontuário.

Prontuários sem hipótese diagnóstica, com diagnóstico inconclusivo ou preenchidos inadequadamente, foram excluídos desta pesquisa.

Após a coleta, os dados foram analisados e tabulados através de um instrumento de coleta e produzidas tabelas, possibilitando assim uma melhor compreensão do número de casos relacionados ao perfil epidemiológico-psicológico-clínico. Posteriormente, os dados foram analisados por meio de estudo estatístico e com literatura específica sobre o tema em questão.

O universo pesquisado compreende todos os prontuários do CAPSi, aproximadamente 800 prontuários, sendo 83 selecionados (10,37%), para compor a amostra de estudo, por apresentarem os critérios de inclusão deste trabalho; os outros 717 foram excluídos da amostra por não apresentarem os critérios de inclusão. São compreendidos os prontuários de janeiro de 2011, data da abertura do centro, à setembro de 2015.

Os dados foram trabalhados para análise estatística empregando-se o *Statistic Package for Social Sciences for Windows 7.5* (SPSS, Pacote Estatístico para Ciências Sociais 17.0 para Windows). Foi utilizado o valor de significância de p e o teste qui-quadrado.

3. RESULTADOS

De acordo com análise dos dados, em relação à idade, a maioria dos pacientes, 14 (16,9%), tinha 15 anos, seguido de 10 (12%) com 12 anos, sendo a idade mínima de cinco 5 anos (2,4%); a máxima de 18 anos (4,8%) e a idade média de 13 anos.

Foram avaliados 83 pacientes sendo que 30 (36%) são de crianças com episódio depressivo e 53 (64%) dessa mesma população são de adolescentes com episódio depressivo.

Quanto ao sexo dos pacientes, 53,01% ($n=44$) eram do sexo feminino e 46,98% ($n=39$) eram do sexo masculino. Em

relação à escolaridade 49(59%) estavam no ensino fundamental; 19 (22,9%) ensino médio; nenhum no ensino superior e 2 (2,4%) não eram alfabetizados, sendo os 13 (15,7%) restantes sem dados para este cluster.

No que tange a cidade de residência, 78 (94%) eram de Anápolis e os 5 (6%) distribuíam nas cidades de Goianápolis, Joanápolis, Rialma, Goiânia e Ceilândia. Em relação às comorbidades clínicas 44 (53%) não apresentavam nenhuma comorbidade. Dos que apresentavam, 8 (9,6%) possuíam afecções do capítulo VI da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que trata das doenças paroxísticas do sistema nervoso, sendo mais especificamente os diagnósticos de cefaleia e migrânea; seguidos de 4 (4,8%) que possuam doenças agudas infecciosas respiratórias e 4 (4,8%) insônia. Os 20 (27,8%) restante foram diagnosticados com comorbidades tais como: Doença do Refluxo Gastroesofágico; Doenças da fala; Sudorese Noturna; Déficit Cognitivo; Alteração Visual; Alergias.

Da amostra, 35 (42,2%) não apresentaram comorbidades psiquiátricas e 16 (19,3%) dos prontuários não havia dados suficientes para esse cluster. Já os que apresentaram doença psiquiátricas, 14 (16,9%) tinham Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); 9 (10,8%) Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG); 3 (3,6%) Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e os 6 (7,2%) restantes com doenças tais como: Transtorno Bipolar; Transtornos Específicos da Personalidade; Fobia Social e Agorafobia.

Em relação ao uso de substâncias químicas e com comorbidade psiquiátrica 78(94%) não fazia uso. Neste estudo, 5 (6%) fizeram uso de substâncias e possuíam comorbidade psiquiátrica, sendo 1 (20%) possuíam o diagnóstico de Transtorno Bipolar; 1 (20%) Agorafobia e 1 (20%). A correlação entre as variáveis “uso de drogas” e “comorbidades psiquiátricas” que é estatisticamente significativo a 0,1% ($p=0,001$, $X^2= 43,25$).

Na amostra 5 (100%) dos indivíduos que fazia uso de droga tinham idade acima de 14 anos, indicando uma relação estatística nessa comparação, demonstrando a correlação entre as variáveis “uso de drogas” e “idade” que é estatisticamente significativo a 3% ($p= 0,03$; $X^2= 4,49$).

Em relação à tentativa de autoextermínio, 75,9% ($n=63$) nunca haviam tentado ou tido alguma ideação suicida e 20 (22,9%) haviam tentado suicídio, sendo que 15 (78,9%) tinham acima de 14 anos, destes 3 (15,7%) sofreram abuso sexual; 2 (10,5%) sofreram abuso físico; 4 (21%) sofreram abuso verbal e 4 (21%) sofreram bullying. Existe correlação entre as variáveis “tentativa de autoextermínio” e “idade” que é estatisticamente significativo a 3% ($p=0,03$; $X^2= 6,97$), indicando relação estatística positiva.

Além disso, no presente estudo foi encontrado que 2 (33,3%) das pessoas que sofreram abuso físico ($n=6$) tiveram

tentativa de autoextermínio, havendo, dessa forma, uma relação estatística. A Tabela 1 mostra a correlação entre tais variáveis (“abuso físico” e “tentativa de autoextermínio”) que é estatisticamente significativo a 0,1% ($p=0,001$; $X^2= 13,71$).

Tabela 1: Correlação entre abuso físico e tentativa de autoextermínio dos pacientes com episódio depressivo ($p=0,001$; $X^2= 13,71$)

Tentativa de autoextermínio	Abuso Físico		Total
	Não	Sim	
Não	77,9%	50,0%	75,9%
Sim	22,1%	33,3%	22,9%
Ideação	0,0%	16,7%	1,2%
Número de observações	77	6	83

Também houve uma relação estatística entre “tentativa de autoextermínio” e “automutilação”, sendo demonstrada na Tabela 2. Tal relação é estatisticamente significativa a 0,1% ($p=0,001$; $X^2= 14,68$).

Tabela 2: Correlação entre tentativa de autoextermínio e automutilação dos pacientes com episódio depressivo ($p=0,001$; $X^2= 14,68$)

Tentativa de autoextermínio	Automutilação (%)		Total (%)
	Não	Sim	
Não	82,9	38,5	75,9
Sim	17,1	53,8	22,9
Ideação	0,0	7,7	1,2
Número de Observações	70	13	83

Sobre automutilação, 70 (84,3%) nunca havia tentado. Dos 13 (15,7%) que haviam tentado 10 (76,9%) era do sexo masculino e 3 (23,07%) feminino. Existe correlação entre essas variáveis (“sexo” e “automutilação”) que é estatisticamente significativo a 1% ($p=0,01$; $X^2= 5,54$).

Ademais, dos que tentaram automutilação, 2 (15,38%) sofreram bullying; 2 (15,38%) sofreram abuso sexual; 3 (23,07%) sofreram abuso físico; 2 (15,38%) sofreram abuso verbal. Foi verificado que 3 (50%) das pessoas que sofreram abuso físico fizeram ou fazem automutilação, tendo uma considerável relação estatística significativo a 1% ($p=0,01$, $X^2= 5,73$). Em relação ao bullying, 17 (20,5%) sofreram bullying em algum momento da vida, sendo 12 (70,58%) do sexo feminino e 5 (29,41%) do sexo masculino.

4. DISCUSSÃO

De acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) abaixo de 12 anos é classificado como criança e dos 13 aos 18 é classificado adolescente.¹⁰ Do total de pacientes assistidos no CAPSi, 3,8% da população total são de crianças que possui diagnóstico de episódio depressivo e 6,5% são de

adolescentes. Dados vistos por Bahls (2002), mostram que 0,3 a 3% das crianças na população brasileira possuíam depressão, enquanto que 3,5 a 12% dos adolescentes tinham essa moléstia.⁵ Tal fato, evidencia que a depressão infanto-juvenil é mais prevalente na fase da adolescência tanto no presente estudo quanto na população do país.¹²

A literatura tanto nacional quanto internacional deixa claro que até a infância ambos os sexos são acometidos praticamente na mesma proporção, entretanto, com o avançar da idade, há uma tendência para mais casos entre o sexo feminino, principalmente quando se observa a adolescência.¹³ Neste estudo, apesar de 36,1% da amostra estar na infância, não houve diferença estatística significativa sobre a prevalência de depressão entre os sexos.

Em relação às comorbidades clínicas ressalta-se que, muito embora sem significado estatístico neste trabalho, é importante citá-las, uma vez que fazem parte da sintomatologia depressiva, auxiliando em seu diagnóstico. A maior parte das comorbidades, migrânea e cefaleia, coincidem com o que é apontado na literatura, que relata estes sintomas como os orgânicos mais prevalentes, fazendo parte da sintomatologia depressiva na criança e no adolescente.^{14,15}

A ocorrência de sintomas depressivos pode estar associada a diferentes transtornos, especialmente Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtornos de Ansiedade, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtornos de Conduta.¹⁶ Além disso, a presença destas morbidades associadas à depressão leva ao risco ainda maior de outras doenças psiquiátricas e ao suicídio; , podendo, dessa forma, mascarar o quadro de depressão.¹⁷ Esta relação entre TDAH e transtorno depressivo vem de uma falha na modulação emocional e do comportamento presente no TDAH, além da inabilidade de se focar e concentrar, acarretando prejuízos funcionais ao infante que muitas vezes se confunde com a depressão.¹⁸

A ansiedade é relatada por muitos artigos como a patologia mais associada com a depressão, causando sintomatologia mais intensa, sendo que a prevalência desta associação varia de 25 a 50% dependendo do estudo.¹⁹ Neste estudo, o transtorno de ansiedade foi à segunda psicopatologia mais frequente, com 10,8% dos casos.

No que tange ao uso abusivo de substâncias, algumas crianças e adolescentes se envolvem com o uso de álcool e outras drogas no intuito de diminuir os sintomas depressivos e melhorar sintomas estressantes, o que muitas vezes leva a um subdiagnóstico do transtorno depressivo.²⁰ Neste estudo, houve diferença estatística significativa ($p=0,03$) relacionando a idade e o consumo de substâncias, álcool e drogas, onde 11,1% dos adolescentes acima de 14 anos já haviam consumido alguma dessas substâncias e nenhum paciente abaixo dos 14 anos relatou uso.

A literatura é enfática no que tange a relação entre o uso de drogas e outros transtornos psiquiátricos, havendo direta

relação entre os paciente com depressão e outras comorbidades psiquiátricas e uso de substâncias.²¹ Neste estudo o uso de drogas também foi significativo nos pacientes com depressão e outros transtornos psiquiátricos ($p=0,001$).

No processo de aprendizagem o fator afetivo é determinante para o seu sucesso. Dessa forma, a presença de depressão se torna um grande determinante, podendo ser inclusive a falta de rendimento escolar, indicador de depressão na infância e adolescência. Além do mais, a capacidade de concentração e memória na criança cai, diminuindo ainda mais o desempenho escolar.²²

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization - WHO)²³ tem o suicídio como um problema de saúde pública mundial, principalmente entre adolescentes, sendo considerada a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos. No presente estudo, a maioria dos casos se deu entre os maiores de 14 anos, onde 33,3% já tentaram suicídio. Em revisão sistemática sobre suicídio na adolescência, Braga e Dell'angio²⁴, observaram que a taxa de suicídio na faixa dos 15 aos 19 anos se torna muito mais alta do que observado antes desta idade.

A automutilação é definida como qualquer comportamento consciente de agressão direta contra o próprio corpo sem intenção suicida. Entretanto, a associação entre automutilação e suicídio costuma ser frequente, enquanto na automutilação o objetivo é se sentir bem, busca de mudança, no suicídio o objetivo é a busca de um fim.²⁵ Sendo ambos relacionados diretamente com o quadro e sintomatologia depressiva e a presença da automutilação de forma isolada já se dizia um preditor de risco para suicídio.²⁶ Foram encontrados 15,7% dos pacientes com sintomas de automutilação e 22,9% com tentativa de autoextermínio.

Pesquisa de Giusti²⁶, avaliando 70 pacientes onde 40 se automutilavam, encontrou taxa alta de prevalência de abuso físico entre esses (27,5%). No presente estudo houve uma taxa muito mais alta para esta (50%), confirmando que a relação entre depressão, automutilação e abuso físico é positiva.²⁷

O abuso sexual na infância tem sido relacionado a severas consequências para o desenvolvimento infantil, incluindo prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais. Neste sentido, crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar uma variedade de transtornos psicopatológicos, principalmente síndrome do estresse pós-traumático e subseqüente quadro de depressão.²⁸ No presente estudo, foi visto que 20,8% dos que sofreram abuso sexual tentaram cometer suicídio. Não muito distante do visto em metanálise de Paolucci²⁹, sobre os efeitos do abuso sexual infantil e revelando que as crianças abusadas sexualmente têm um risco de 21% para depressão e suicídio.

5. CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados, verificou-se que o diagnóstico de episódio depressivo, no CAPSi em Anápolis –GO, é mais frequente na adolescência do que na infância, sendo o gênero feminino discretamente mais frequente nesse diagnóstico. A maioria dos pacientes não apresentava comorbidades clínicas, todavia, as enfermidades de maior prevalência, cefaleia e migrânea, fazem parte da sintomatologia do quadro depressivo do pré-escolar. A doença psiquiátrica mais comum associada ao episódio depressivo é o TDAH. O uso de substâncias químicas teve uma relação significativa com comorbidades psiquiátricas. Tais dados estão em consonância com a literatura publicada a respeito desse estudo.

Os resultados sobre a relação da prática da automutilação e gênero foram diferentes dos estudos analisados, cuja predominância se deu maior para o sexo masculino do que feminino. A associação entre automutilação e suicídio costuma ser frequente e no presente estudo, mais da metade dos pacientes que tentaram automutilação também tentaram suicídio. No presente estudo a maioria dos casos de tentativa de suicídio se deu entre os maiores de 14 anos. Dos pacientes que tentarem suicídio, parte deles sofreram bullying, violência física, abuso verbal e violência sexual.

É importante considerar que os dados colhidos na amostra deste trabalho refletem com a epidemiologia atual brasileira na maioria dos aspectos, se destoando apenas de alguns pontos. Além disso, este é o primeiro estudo com esse tipo de abordagem epidemiológica sobre depressão nos Centros de Atenção Psicossocial à criança e adolescente (CAPSi) em Anápolis.

A grande maioria das políticas de saúde mental existentes está relacionada às moléstias da população adulta. As estratégias de intervenção e organização dos sistemas de serviços relacionados às doenças psiquiátricas para crianças e adolescentes têm especificidades que podem não ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta.

Tais estratégias evidenciam desafios a serem enfrentados, sendo um deles a situação atual de implantação de dispositivos para atenção à saúde mental infantil e juvenil, a necessidade de expansão dos diferentes serviços que compõem a rede de cuidados, além da escassez de dados de determinadas moléstias, tais como a depressão. Nesse sentido, a compreensão dos dados epidemiológicos dessa morbidade permite o aperfeiçoamento da qualidade da atenção a ser proporcionada pelo CAPSi.

REFERÊNCIAS

1. Huttel J, Kixiner KA, Bonetti RA, Rosa MIPD. A depressão infantil e suas formas de manifestação. *Psicolargum*. 2017; *Psicol. Argum.* 2011;29(64):11-22

2. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*. 2016;138(6):pii.e20161878
3. Stockings E, Degenhardt L, Lee YY. Symptom screening scales for detecting major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of reliability, validity and diagnostic utility. *J Affect Disord*. 2015;(1)174:447–463.
4. Wathier JL, Dell’Aglia DD, Bandeira DR. Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Aval. psicol.* 2008;7(1): 75-84.
5. Bahls Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2002; 78(5): 359-366.
6. Andriola WB, Cavalcante LR. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 1999; 12(2): 419-428.
7. Maslow GR, Dunlap K, Chung RJ. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev*. 2015;36(7):299–308.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2011 dez. 26; Seção 1. p. 230
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2002 fev. 20; Seção 1. p. 22
10. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;1(30):390-8.
11. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.
12. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(10): 972–86.
13. Girgus JS, Yang K. Gender and depression. *Current Opinion in Psychology* 2015;4(8): 53-60.
14. Schwan S, Ramires VRR. Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura. *Psicolargum*. 2011;29(67):457-68.
15. Miranda MV, Firmo WCA, Castro NG, Alves LPL, Dias CN, Rêgo MM, Poppe MCM, Dias RS. Depressão infantil: aspectos gerais, diagnóstico e tratamento. *Cadernos Pesquisa*. 2013;20(3):101-1010.
16. Scivioletto S, Tarelho LG. Depressão na infância e adolescência. *Rev Bras Med*. 2002;59(8):555-8.
17. Gomes, LP, Baron E, Albornoz ACG, Borsa JC. Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. *Contexto Clín*. 2013; 6(2):95-105.
18. Wathier JL, Dell’Aglia DD, Bandeira DR. Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica* 2008; 7(1):75-84.
19. Garber J, Weersing VR. “Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention” *Clin Psychol (New York)* 2010 Dec;17(4):293-306
20. Vieira PC, Aerts DRGC, Freddo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;2(24):2487-98.
21. Higa RCL, Leyton V, Keiko K, Higa L, Machado FSN. Uso de substâncias e outras comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2013;37(1)106-116.
22. Lima LBV. Depressão infantil, compreensão de leitura e escrita: Um estudo com crianças do ensino fundamental. Universidade São Francisco (Tese de doutorado), Itatiba. 2002.
23. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Washington, D.C.: WHO; 2014.
24. Braga LL, Dell’Aglia DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*. 2013;6(1):2-14.
25. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2010, 178(1): 101-105.
26. Giusti JS. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Tese de doutorado. São Paulo: USP, 2013.
27. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L: Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162(2):297–303
28. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. 2009 Nov;29(7):647-57.
29. Paolucci EO, Genius ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*. 2001;135(1):17-36.

ANÁLISE DOS DADOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL DO SISTEMA DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO DE UMA MATERNIDADE EM GOIÂNIA-GO

ANALYSIS OF DOMESTIC AND SEXUAL VIOLENCE DATA OF THE MATERNITY NOTIFICATION SYSTEM IN GOIANIA-GO

NATÁLIA PIERDONÁ¹, ARTUR GONÇALVES MACHADO², DANILO MACIEL CARNEIRO FIHO³, PEDRO AUGUSTO SILVA RUAS⁴, TÁRIK KASSEM SAIDAH⁵, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA⁶

RESUMO

Introdução: Desde o surgimento do patriarcado, a sensação de posse sobre a mulher foi aos poucos se manifestando, e com isso as situações de violência contra a mulher foram surgindo. Em 2017, houve um total de 13 assassinatos de mulheres por dia no Brasil. Estima-se que cerca de 75% dos casos de violência contra a mulher sejam cometidos por conhecidos da vítima. Objetivos: analisar as fichas de notificação compulsória dos casos de violência doméstica/intrafamiliar e sexual do SINAN (sistema de agravos de notificação) da maternidade Dona Íris, em Goiânia – GO. Métodos: Estudo do tipo epidemiológico transversal analítico retrospectivo, realizado em Goiânia – GO, com mulheres vítimas de violência doméstica ou sexual notificadas pelo SINAN na Maternidade Dona Iris. A pesquisa foi realizada no mês de dezembro de 2019. Resultados: Foram analisadas 16 fichas de notificação compulsórias de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica e sexual preenchidas na Maternidade Dona Íris em Goiânia, no período compreendido entre março de 2018 e setembro de 2019. Em relação à epidemiologia, todas as vítimas eram mulheres, com idades entre 14 e 35 anos. Cerca de um terço eram adolescentes, um terço adultas jovens e um terço adultas até 35 anos, a maior parte parda, 6, (38%), não estavam grávidas (37%), sete fichas de notificação estavam com o campo escolaridade em branco, não preenchido. O perfil traçado 38% solteiras ou casado, heterossexuais, sem deficiências, pertencentes ao município de Goiânia. Em relação ao local da ocorrência, a maior parte dos casos ocorrem dentro da própria residência 56%, não foi o primeiro episódio 50%, violência física (52%) com força corporal/espancamento, com 12 casos. Houveram 5 casos de violência sexual, todos enquadrados como estupro. Em relação aos dados do provável autor da violência, em todos os casos só houve uma pessoa envolvida na agressão. Quanto ao grau de parentesco com a vítima, metade dos casos foi cometida pelo próprio cônjuge 50%. Quanto ao encaminhamento da vítima após a violência, a maior parte dos casos foi encaminhada à rede de saúde. Conclusão: É importante reforçar a importância das notificações compulsórias destes casos, e a importância de conhecer a realidade da violência doméstica e sexual contra a mulher no Brasil, a fim de que seja possível se pensar em políticas públicas de qualidade que possam mudar essa realidade.

PALAVRAS-CHAVE: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER, NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, VIOLÊNCIA SEXUAL, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

ABSTRACT

Introduction: Since the emergence of patriarchy, the feeling of possession over women has gradually manifested itself, and with this, situations of violence against women have emerged. In 2017, there were a total of 13 murders of women per day in Brazil. It is estimated that around 75% of cases of violence against women are committed by the victim's acquaintances. Objectives: to analyze the compulsory notification forms of cases of domestic / intrafamily and sexual violence from SINAN (system of notification problems) of the maternity Dona Íris, in Goiânia - GO. Methods: Retrospective analytical transversal epidemiological study, carried out in Goiânia - GO, with women victims of domestic or sexual violence notified by SINAN at Maternidade Dona Iris. The survey was conducted in December 2019. Results: 16 compulsory notification forms for suspected or confirmed cases of domestic and sexual violence were completed at Maternidade Dona Íris in Goiânia, in the period between

1 - Médica residente de medicina de família e comunidade pela UniEVANGÉLICA, Anápolis – GO

2 - Médico de família e comunidade pela UniEVANGÉLICA, Anápolis- GO

3 - Médico residente de medicina de família e comunidade pela UniEVANGÉLICA, Anápolis – GO

4 - Médico residente de medicina de família e comunidade pela UniEVANGÉLICA, Anápolis – GO

5 - Médico Ginecologista e Doutor em ciências da saúde da UFG, professor da UniEVANGÉLICA, Anápolis – GO

6 - Analista, doutoranda em ciências da saúde da UFG.

March 2018 and September 2019. Regarding epidemiology, all victims were women, aged between 14 and 35 years. About a third were teenagers, a third were young adults and a third were adults up to 35 years old, most of whom were brown, 6, (38%), were not pregnant (37%), seven notification forms had a blank education field., Not filled. The profile drawn 38% single or married, heterosexual, without disabilities, belonging to the municipality of Goiânia. Regarding the place of occurrence, most cases occur within the home itself 56%, it was not the first episode 50%, physical violence (52%) with bodily strength / beatings, with 12 cases. There were 5 cases of sexual violence, all framed as rape. Regarding the data of the probable author of the violence, in all cases there was only one person involved in the aggression. Regarding the degree of kinship with the victim, 50% of the cases were committed by the spouse himself. As for the referral of the victim after the violence, most of the cases were referred to the health network. Conclusion: It is important to reinforce the importance of compulsory notifications in these cases, and the importance of knowing the reality of domestic and sexual violence against women in Brazil, so that it is possible to think about quality public policies that can change this reality.

KEYWORDS: DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN, COMPULSORY NOTIFICATION, SEXUAL VIOLENCE, EPIDEMIOLOGICAL PROFILE.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos, a violência doméstica contra a mulher tem ganhado maior notoriedade midiática, e se tornado tema progressivamente frequente de denúncias e discussões¹. Mas nem sempre foi assim. Nos primórdios da humanidade, a sociedade da época era considerada matriarcal². Foi somente cerca de 2.000 a.C, quando foi necessário que o homem começasse a sair para procurar comida, já que as terras cultiváveis no local começaram a ficar escassas, que a sociedade foi se tornando patriarcal². Outros estudiosos dizem que o patriarcado começou a se manifestar quando houve a invenção do arado, tendo progredido com o avanço da agricultura³.

Com o surgimento do patriarcado, a sensação de posse sobre a mulher foi aos poucos se manifestando^{2,3}. Na época feudal, havia o predomínio de relações poligâmicas para os homens, que sendo detentores de várias mulheres, quando tinham que partir para as guerras, obrigavam suas esposas a fazerem uso dos cintos de castidade, tão dúbios ficavam em relação à legitimidade de seus filhos³. Embora pareça tão arcaica esta situação, temos algo semelhante na legislação recente do Brasil. Desde 1940 estava em vigor a lei da virgindade, que permitia ao homem recém-casado pedir a anulação do casamento até 10 dias após o mesmo, se descobrisse que a esposa não era mais virgem². Essa lei, tão humilhante para as mulheres (que as obrigavam a serem submetidas a exame de corpo de delito se quisessem se defender), só foi retirada de vigor em 2002, já no século XXI.

Em todas essas situações, a mulher era tida como objeto do homem, sob o qual deveria ser submissa e ainda agradecida por suas correções². A artista contemporânea mexicana Ana Teresa Fernandez tem diversas obras que explicitam essa submissão e tentativa de liberdade por parte da mulher. Em sua série "Telerãna" há uma tela em que a mulher está de sapato de salto estendendo um lençol branco em um varal

de roupas. Ela encontra-se tão absorta com esta tarefa que seu rosto se esconde atrás do lençol, aparecendo apenas suas mãos, mostrando como toda sua singularidade e identidade se perdem nesse afazer⁴.

Assim como a protagonista dessa obra, milhares de mulheres perdem suas identidades anualmente, sendo subjugadas, humilhadas, agredidas física e verbalmente por seus parceiros, na maioria das vezes no ambiente que deveria trazer mais segurança para elas: a própria casa⁵. De acordo com dados do Atlas da Violência 2018, em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no Brasil, o que representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras⁶. E segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2019, das mulheres vítimas de algum tipo de violência, 76,4% ocorreram por parte de um conhecido, sendo que em 23,8% dos casos o agressor era o parceiro e em 15,2% o ex-parceiro amoroso (cônjuge, companheiro ou namorado)⁷.

Os centros de saúde e hospitais tem um papel muito importante no apoio à essas mulheres vítimas de violência, já que muitas vezes o serviço de saúde é a porta de entrada delas após sofrerem a agressão^{8,9}. Pensando nisso, e na obrigatoriedade da notificação dos casos de violência que chegam aos centros de saúde, o objetivo deste trabalho é analisar as fichas de notificação compulsória dos casos de violência doméstica/intrafamiliar e sexual do SINAN (sistema de agravos de notificação) da Maternidade Dona Íris, em Goiânia – GO.

2. MÉTODOS

Estudo do tipo epidemiológico transversal analítico retrospectivo, realizado em Goiânia – GO, com mulheres vítimas de violência doméstica ou sexual notificadas pelo SINAN na Maternidade Dona Iris. A pesquisa foi realizada no mês de dezembro de 2019.

A coleta de dados foi obtida nos registros de notificação compulsória da Maternidade Dona Iris, realizados entre março

de 2018 e setembro de 2019, em Goiânia. Foram excluídas outras notificações por violência que não tivessem sido cometidas contra mulheres.

Ao todo foram encontrados 29 registros: Três (3) foram descartados por estarem repetidos ou sem o verso preenchido; Outros dez (10) foram descartados por tratarem-se de notificação de lesões autoprovocadas (tentativas de auto-extermínio). Sendo assim, foram analisadas dezesseis (16) ocorrências. O n amostral foi pequeno devido a Maternidade Dona Íris tratar-se de um hospital referência em casos de obstetrícia, não sendo um hospital referência em casos de violência doméstica ou sexual. Os dados foram analisados no programa Excel para a confecção de cálculos e tabelas. Foi realizada uma análise documental das fichas de notificação.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética por meio da plataforma Brasil respeitando os princípios éticos que regulamentam a pesquisa em seres humanos (resolução 466/12).

3. RESULTADOS

Foram analisados os dados de 16 casos de notificação compulsória suspeitos ou confirmados de violência doméstica e sexual registrados na Maternidade Dona Íris em Goiânia, no período compreendido entre março de 2018 e setembro de 2019.

Em relação à epidemiologia, todas as vítimas eram mulheres, com idades entre 14 e 35 anos. Cerca de um terço eram adolescentes, um terço adultas jovens e um terço adultas até 35 anos.

Com relação à cor, 4 eram brancas (25%), 2 pretas (12%), 1 amarela (6%) e a maior parte parda, 6, (38%). Três registros estavam sem identificação de cor. Em relação à gestação, 3 estavam grávidas no momento da agressão (19%), 6 não estavam grávidas (37%), 4 fichas foram preenchidas com “não se aplica”, e 3 fichas estavam com este campo não preenchido. Nenhuma ficha foi preenchida com “ignorado”.

Observando os dados da escolaridade, uma mulher tinha ensino fundamental incompleto e uma tinha ensino fundamental completo. Duas mulheres tinham ensino médio incompleto e duas ensino médio completo. Uma mulher tinha educação superior incompleta e uma tinha educação superior completa. Não houve nenhuma mulher contabilizada como analfabeta e nenhuma ficha preenchida com escolaridade até 4ª série do ensino fundamental. Sete fichas de notificação estavam com o campo escolaridade em branco, não preenchido.

Em relação ao estado civil, 6 mulheres eram solteiras, o mesmo número de casadas, e uma estava separada. 2 prontuários foram preenchidos com “não se aplica” e um prontuário não teve essa informação preenchida. Não houve nenhuma viúva e nenhum prontuário foi preenchido como “ignorado”.

Sobre a orientação sexual, das mulheres que tiveram a informação questionada, todas se declararam heterossexuais. 4 fichas estavam com “ignorado” e 2 fichas deixaram essa informação em branco. Já a identidade de gênero, 6 fichas não foram preenchidas com essa informação, e das restantes, todas foram preenchidas com “não se aplica” ou “ignorado”.

Sobre deficiências/transtornos, duas fichas foram preenchidas como possuem deficiências, porém no campo de especificar qual, foi preenchida como ignorado. Das fichas restantes, 8 foram preenchidas como não possuem deficiência, 4 como ignorado, e em 2 fichas deixaram esse campo em branco. Em relação ao município de ocorrência das lesões, 75% ocorreu em Goiânia (12 casos), com 2 casos em Aparecida de Goiânia e 1 caso em Bom Jesus de Goiás. Uma ficha de notificação não teve o local de ocorrência descrito. Praticamente todos os casos ocorreram no município de residência da vítima, apenas um caso de violência sexual ocorreu em município diferente do local de residência. O local da ocorrência, a maior parte dos casos ocorrem dentro da própria residência (9 casos). Um caso ocorreu em via pública, 5 casos ocorreram em outros locais não especificados na ficha de notificação (local próximo à residência, em motel, em hospital, na casa de amigo, e por telefone). Um caso não foi preenchido na ficha de notificação.

Quanto à recorrência da agressão, nota-se que na metade dos casos a violência ocorreu outras vezes, ou seja, não foi o primeiro episódio. Em 25% dos casos a violência não ocorreu outras vezes, 12% dos casos essa informação era ignorada e em 12% dos casos não foi preenchida na ficha de notificação.

O motivo da violência, em apenas 4 casos a violência foi motivada sabidamente por sexismo. Os outros casos são ignorados (3 preenchidos como “não se aplica”, 5 casos “ignorados” e uma ficha não preenchida). Quanto ao tipo da violência, em mais da metade dos casos foi feito uso de violência física (52%). O segundo tipo mais prevalente foi a violência psicológica/moral (29%), seguido pela violência sexual (19%). É importante lembrar que em alguns casos as mulheres foram vítimas de mais de um tipo de violência.

Tipo de violência

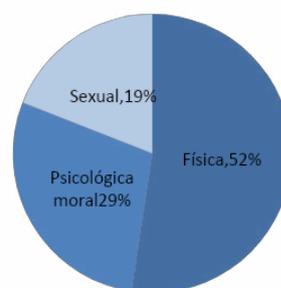


Figura 1 – Tipo de Violência

Quanto ao meio de agressão, o meio prevalente foi a força corporal/espantamento, com 12 casos. Ameaça esteve presente em 2 casos e agressão por objeto contundente em um caso. Ignorado e não especificado tiveram um caso cada, e não foi preenchido na ficha de notificação um caso.

Houveram 5 casos de violência sexual, todos enquadrados como estupro. Dentre os casos de estupro, apenas em um caso foi realizada profilaxia para DST, HIV, Hep B e contracepção de emergência. Nos outros casos nenhum procedimento foi realizado ou era ignorada a conduta.

Em relação aos dados do provável autor da violência, em todos os casos só houve uma pessoa envolvida na agressão.

Quanto ao grau de parentesco com a vítima, metade dos casos foi cometida pelo próprio cônjuge (8 casos), 19% pelo ex-cônjuge e 19% por amigos/conhecidos, e (6%) caso de agressão cometido pela própria mãe da vítima. Houve um caso (6%) com autor ignorado.

Grau de parentesco com a vítima

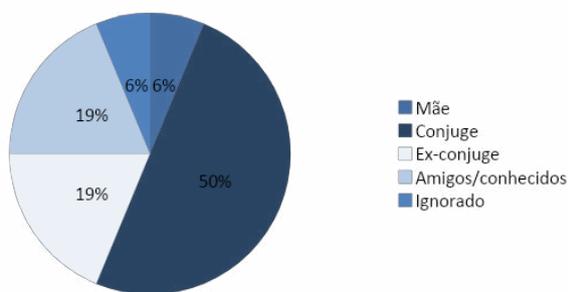


Figura 2 – Grau de Parentesco com a vítima

Apenas em um caso o autor provável da agressão era uma mulher, em todos os outros casos o agressor era do sexo masculino.

Quanto à suspeita do uso de álcool no momento da agressão, em 3 casos houve suspeita do uso. Em 4 casos não houve uso, em 7 casos essa informação era ignorada e em 2 casos a ficha de notificação estava em branco neste campo.

Em relação ao ciclo de vida do autor da agressão, 4 eram jovens (de 20 a 24 anos), 9 eram adultos (25 a 59 anos), 2 eram ignorados e 1 ficha não foi preenchida nesse campo. Não foram notificados casos de agressores crianças, adolescentes ou idosos.

Quanto ao encaminhamento da vítima após a violência, a maior parte dos casos foi encaminhada à rede de saúde. Uma parcela foi encaminhada à delegacia de atendimento à mulher e ao conselho tutelar, e uma minoria foi encaminhada à justiça da infância e da juventude, à outras delegacias, à rede de atendimento à mulher e à rede de assistência social. Algumas mulheres foram encaminhadas para mais de um local.

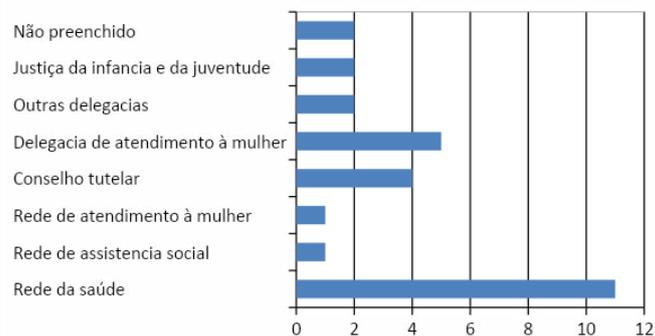


Figura 3 – Encaminhamento

Quanto aos dados de quem preencheu a ficha de notificação, a mesma era preenchida por médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Em um caso o notificador não quis se identificar.

4. DISCUSSÃO

As características sociodemográficas da pesquisa descreveram mulheres adolescentes e adultas, na faixa etária de 14 a 35 anos, com prevalência relativamente homogênea entre os ciclos de vida presentes (adolescência, jovem e adulto). Em relação à cor da pele, somando-se pretas e pardas totalizaram 8 mulheres negras vítimas de violência. As não negras (amarelas e brancas) totalizaram 5 vítimas. Esse fato condiz com o Atlas de Violência 2019, que mostrou que a maior parte das mulheres que sofrem violência no país são negras, corroborando com a desigualdade racial⁶.

Quanto à escolaridade, percebeu-se que foi bem homogênea a quantidade de mulheres com ensino superior, ensino fundamental e ensino médio. Não haviam mulheres analfabetas. Isso mostra como a violência contra a mulher de fato não tem relação com a escolaridade, mas sim pode acontecer em mulheres em qualquer grau de estudos. Importante falar do elevado número de fichas com essa informação não preenchida, pois talvez mostre uma dificuldade do notificador em coletar ou estar atento a essa informação¹⁰.

O número de mulheres solteiras e casadas foi semelhante, mas quando somado o número de casadas com o de separadas, a quantidade é superior. Relevante notar que as mulheres solteiras foram as maiores vítimas de estupro, em sua maioria fora da residência, enquanto que as casadas ou separadas foram as maiores vítimas de violência doméstica dentro da própria casa. Com relação à frequência das agressões, na metade dos casos não era a primeira vez que a vítima sofria violência, e na maioria desses casos havia associação com violência cometida na residência. Já entre os casos em que não era frequente, ou seja, que era a primeira agressão, a maioria estava relacionada a casos de violência sexual¹⁰.

Quanto ao tipo da violência, o mais prevalente foi a força física, seguido pela violência psicológica/moral e pela sexual. A ficha de notificação compulsória agrupa as violências moral e psicológica, embora a lei Maria da Penha as separe. Além disso, a quinta violência presente na lei, a violência financeira, não teve casos de notificação. Talvez isso aconteça pela dificuldade das próprias mulheres em se reconhecerem como vítimas de um tipo de violência, ao terem seus patrimônios e bens confiscados pelo cônjuge¹¹.

A respeito dos casos de violência sexual – estupro, em que não houve realização de profilaxia anti-DSTs e contracepção de emergência, o provável motivo é que não foram notificados assim que ocorreu a agressão e que as vítimas não procuraram atendimento médico na fase inicial. Uma das notificações foi preenchida quando a vítima deu entrada no hospital para realizar o pré natal, tendo descoberto a gestação já em fase avançada, consequência do estupro, e com interesse em realizar a doação do bebê após o parto¹².

Com relação ao grau de parentesco com a vítima, a maior parte dos casos foi cometida por cônjuge ou ex cônjuges. Entre as vítimas de violência sexual, a maior parte dos casos foi cometido por amigos ou conhecidos da vítima. Houve um caso de violência cometida pela mãe da vítima, caso que também se enquadra como violência doméstica contra a mulher, de acordo com a lei Maria da Penha⁶.

Em apenas 3 casos os agressores fizeram uso de álcool, o que mostra que na maioria dos casos os agressores cometeram a violência estando em pleno exercício de suas faculdades mentais. Os autores em sua totalidade eram adultos jovens ou adultos¹³.

Quanto aos encaminhamentos da vítima após a violência, a maioria foi encaminhada para as unidades de saúde, e uma parcela foi encaminhada para delegacias de atendimento à mulher ou redes de atendimento à mulher, que somados totalizaram seis (6) encaminhamentos. Esse parece ser um número pequeno, já que é menos da metade dos casos, e pode sinalizar a dificuldade dos profissionais de saúde de saber para onde encaminhar as vítimas de violência¹⁴.

Importante notar que houveram muitos dados nas fichas de notificação que ficaram sem preenchimento. Alguns dados ficaram confusos e algumas fichas ficaram com informações incompletas. Havia mais de uma classe de profissionais de saúde disponível preenchendo as fichas de notificação, o que mostra que as dúvidas quanto ao preenchimento seja inerente à vários profissionais, e talvez uma capacitação da equipe, estabelecendo a forma correta de preenchimento e até orientando quanto à forma de obter essas informações da vítima num momento tão delicado, seja importante^{15,16}.

Com este artigo foi possível traçar o perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência doméstica e ou sexual que

foram atendidas na Maternidade Dona Íris, em Goiânia-GO, nos anos 2018 e 2019.

Observou-se que os dados epidemiológicos encontrados foram semelhantes aos dados encontrados no restante do país, que estão bem informados no Atlas de Violência 2019.

A baixa quantidade de dados encontrados notificados nestes dois anos induz a questionar a eficácia das fichas de notificação, e a utilização das mesmas pelo serviço de saúde. A quantidade de dados incompletos ou não informados também leva ao questionamento sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da ficha de notificação.

5. CONCLUSÃO

Concluindo, é importante reforçar a importância das notificações compulsórias destes casos, e a importância de conhecer a realidade da violência doméstica e sexual contra a mulher no Brasil, a fim de que seja possível se pensar em políticas públicas de qualidade que possam mudar essa realidade.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães MC, Pedroza RLS. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicologia & Sociedade*. 2015; 27 (2): 256-266.
2. Oliveira ER. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. *Revista LEVS/UNESP, Marília*. ed. 9. 2012.
3. Santiago RA, Coelho MTAD. A violência contra a mulher: antecedentes históricos. *Seminário estudantil de produção acadêmica, UNIFACS*. 2007; 11 (1):1-19.
4. Fernandez NA. Obras. Disponível em: <<https://anateresafermandez.com/telarana/>> acesso em: 18/06/19.
5. SchraiberLB, d'Oliveira AFPL, França-Junior J, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36 (4): 470-7.
6. Atlas da violência 2019. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.
7. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. *Fórum Brasileiro de Segurança Pública*, 2ª ed. 2019.
8. Lira KSF, Barbosa CP. Perfil da violência doméstica contra a mulher: uma revisão integrativa. 2013.
9. Okabe I, Fonseca RMGS. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informações. *Rev. Enf. USP*. 2009; 43 (2): 453-458.
10. Lucena KDT, Deininger LZC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA. Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. *J Hum Growth Dev*. 2016; 26 (2): 139-146.
11. BozzoACB, Matos GC, Beraldi LP, Souza MD. Violência doméstica contra a mulher: caracterização dos casos notificados em um município do interior paulista. *RevEnferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2017; 25.
12. Delzio CR, Bolsoni CC, Lindner SR, Coelho EBS. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*. 2018; 27 (1).
13. Vieira LB, Cortes LF, Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC, Terra MG. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *RevBrasEnferm*. 2014; 67 (3): 366-72.
14. Gomes NP, Erdmann AL, Mota LL, Carneiro JB, Andrade SR, Koerich C. Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. *O mundo da saúde*. São Paulo. 2013; 37 (4): 377-384.
15. Sousa MH, Bento SF, Osís MJD, Ribeiro MP, Faúndes A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *RevBrasEpidemiol*; 2015; 18 (1): 94-107.
16. Moreira GAR, Soares PS, Farias FNR, Vieira LJE. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. *RevBrasPromoç Saúde, Fortaleza*. 2015; 28(3): 327-336.

HIPERPLASIA DA SUPRA-RENAL CONGÊNITA: REPERCUSSÕES FETAIS, NEONATAIS, PUBERAIS E NA VIDA ADULTA

CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA: FETAL, NEONATAL, PUBERTAL AND ADULT REPERCUSSIONS

CAROLINA MACEDO SAIDAH HANNA¹, MOHAMED KASSEM SAIDAH², TÁRIK KASSEM SAIDAH³, PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA⁴, WALDEMAR NAVES DO AMARAL⁵

RESUMO

O objetivo deste estudo é através de uma revisão analisar as manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento em cada fase da vida da Hiperplasia da Suprarrenal Congênita. Trata-se de uma doença familiar, autossômica recessiva, causada por uma deficiência hereditária de qualquer das enzimas relacionada a síntese de cortisol. Mais de 90% dos casos de (HCSR) ocorrem devido à deficiência da enzima 21-hidroxilase (21-OH) por mutações no Gene CYP21, levando à diminuição na concentração sérica de cortisol e aldosterona e aumento de 17-OH progesterona (17-OHP) e andrógenos. A HSRC por deficiência da 21-OH pode apresentar duas formas clínicas: 1- clássica: subdividida em perdedora de sal e virilizante simples, 2- não clássica. A partir da suspeita clínica, o diagnóstico da forma clássica é obtido pelas concentrações séricas basais elevadas de 17-OHP e androstenediona e nas formas perdedoras de sal, há hiponatremia, hipercalemia e atividade de renina plasmática aumentada.

DESCRITORES: HIPERPLASIA DA SUPRARRENAL CONGÊNITA; DEFICIÊNCIA DE 21-HIDROXILASE; SÍNDROME ADRENOGENITAL; BIOSÍNTESE DE ESTERÓIDES; VIRILISMO; DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL.

ABSTRACT

The purpose of this study is to review the clinical manifestations, diagnosis and treatment in each phase of life of Congenital Adrenal Hyperplasia. It is a familial, autosomal recessive disease caused by a hereditary deficiency of any of the enzymes related to cortisol synthesis. More than 90% of HCSR cases occur due to deficiency of the 21-hydroxylase enzyme (21-OH) by mutations in CYP21 gene, leading to a decrease in serum cortisol and aldosterone concentration and an increase in 17-OH progesterone (17-OHP) and androgens. The HSRC for 21-OH deficiency may present two clinical forms: 1 - classical: subdivided into salt-loser and simple virilizing; 2- non-classical 2-virilizing. From clinical suspicion, diagnosis of the classical form is obtained by elevated serum concentrations of 17-OHP and androstenedione and in salt-losing forms, there is hyponatremia, hyperkalemia, and increased plasma renin activity.

KEYWORDS: ADRENAL HYPERPLASIA CONGENITAL; STEROID 21-HYDROXYLASE DEFICIENCY; ADRENOGENITAL SYNDROME; STEROIDS BIOSYNTHESIS; VIRILISM; DISORDERS OF SEX DEVELOPMENT.

1. INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas, vários estudos mostraram que o início da puberdade antecipou em 12 a 18 meses, e algumas das hipóteses que tentam explicar essa mudança incluem o papel do estado nutricional e da obesidade e a influência de

fatores extrínsecos como a exposição a substâncias químicas desreguladoras do sistema endócrino.⁽¹⁾

A hiperplasia congênita da supra-renal (HCSR), um erro inato do metabolismo do cortisol, transmitido geneticamente de forma autossômica recessiva ocorre quando existe defici-

1 - Mestranda em ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG)

2 - Mestrando em ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG)

3 - Doutorando em ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG)

4 - Mestre em ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG)

5 - Professor Associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

ência de uma das cinco enzimas envolvidas na biossíntese do cortisol, principal glicocorticoide humano produzido na zona fasciculada, a partir do colesterol, sendo que mais de 90% dos casos devem-se a um déficit da enzima 21-Hidroxilase e os restantes a déficits raros, tais como: 11-B-Hidroxilase, 17-Hidroxilase, 3-B-Desidrogenase hidroesteroide e de proteína StAR (enzima de clivagem de cadeia lateral do colesterol).^(2,3)

Os seres humanos têm 2 genes CYP21A, codificadores para a enzima 21-hidroxilase: um pseudogene não funcional (CYP21P ou CYP21A1) e um gene ativo (CYP21 ou CYP21A2), ambos localizados no braço curto do cromossomo 6.^(2,6)

A mutação em causa é que vai condicionar a percentagem de atividade enzimática da 21-OH que, por sua vez, determina a gravidade da doença. Os indivíduos com HSRC-21OH apresentam geralmente mutações diferentes em cada um dos alelos (heterozigotos compostos) e com menor frequência são homozigotos para uma mesma mutação. Em um heterozigoto composto a forma clínica é conferida pelo alelo com menor comprometimento da atividade enzimática.^(7,8)

Uma vez que a secreção de cortisol está diminuída, os níveis de ACTH aumentam e estimulam a secreção de hormônios da supra-renal, levando à hiperplasia do seu córtex e acúmulo dos precursores 17-hidroxiprogesterona e progesterona, que são substratos para a 21 hidroxilação, desviando-os para a via da síntese de androgênios, elevando os níveis de androstenediona, testosterona, dihidrotestosterona e estrogêneos aromatizados periféricamente (Figura 1).^(4,6)

A enzima 21-hidroxilase (21-OH), pertencente ao grupo de enzimas do citocromo P450, é responsável pela conversão da progesterona em desoxicorticosterona e pela conversão de 17-hidroxiprogesterona em 11-desoxicortisol.^(3,9,10)

Na ausência de cortisol, a organogênese da medula da supra-renal é severamente alterada, com o conseqüente déficit de catecolaminas, principalmente adrenalina.^(10,11)

O hiperandrogenismo e a deficiência de adrenalina podem causar ou agravar o hiperinsulinismo e a hiperleptinemia, que contribuem para os vários distúrbios metabólicos observados na deficiência de 21-OH.^(5,12)

A produção de aldosterona poderá estar mais ou menos comprometida, dependendo do grau de deficiência da 21-hidroxilase, resultando assim num espectro clínico de gravidade variável.⁽¹³⁾

2. MÉTODOS

A busca bibliográfica foi realizada entre os dias 10 janeiro a 20 de janeiro de 2020 nas bases de dados da Pubmed, Scielo e Medline. Foram utilizadas como estratégias de busca as palavras-chave Hiperplasia da Suprarrenal. Congênita. Repercussões. Para avaliação do nível de evidência e grau

de recomendação dos estudos foi utilizada a do Centro de Medicina Baseada em Evidências Oxford.

3. REPERCUSSÕES FETAIS, NEONATAIS, PUBERAIS E NA VIDA ADULTA

3.1 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A hiperplasia adrenal congênita por deficiência da 21-Hidroxilase é a mais comum causa de HSCR.⁽⁴⁾

Consoante a gravidade do déficit enzimático, reconhecem-se 2 formas clínicas de apresentação: forma clássica (severa), com virilização pré-natal da genitália externa de fetos femininos e virilização pós-natal em ambos os sexos, subdividida em perdedora de sal (PS) e simplesmente virilizante (SV); e a forma não clássica (leve) ou de expressão tardia (HCSR-T) em que os indivíduos permanecem assintomáticos ou desenvolvem virilização durante a infância, adolescência e vida adulta.⁽⁵⁾

Nas formas mais graves de HCSR, formas clássicas, há déficit de cortisol e de aldosterona em 100 e 75% dos casos, respetivamente, e o seu diagnóstico é efetuado logo no período neonatal ou na pequena infância com insuficiência aguda da supra-renal. As complicações a longo prazo incluem crescimento e desenvolvimento anormais, efeitos adversos nos ossos e no sistema cardiovascular e infertilidade (EL-MAOUCHE et al., 2018).^(8,14)

Nas formas mais leves, formas não clássicas, a atividade enzimática está diminuída, contudo, é suficiente para manter uma produção de glicocorticoide e mineralocorticoide adequadas, ainda que se verifique um aumento de produção de androgênios, o que lhes confere um início mais tardio com sinais de hiperandrogenismo ou podem mesmo ser assintomáticas. A sua prevalência global é de cerca de 1:1.000.⁽⁶⁾

Cerca de 75% dos pacientes com a forma clássica têm uma produção inadequada de aldosterona e cortisol (formas com perda de sal), que conduz a dificuldade de manutenção do balanço eletrolítico do organismo. Esta deficiência de mineralocorticoide manifesta-se habitualmente como uma crise perdedora de sal, ameaça importante à sobrevivência, surgindo uma insuficiência adrenal aguda entre a primeira e a terceira semanas de vida, embora a hipercaliemia isolada possa já estar presente entre o terceiro e o quinto dia e a hiponatremia entre o quarto e o sétimo dia de vida.^(2,13)

Clinicamente caracteriza-se por um quadro de letargia, choro fraco, náuseas, vômitos, anorexia, dificuldades alimentares, má evolução ponderal e desidratação, podendo ocorrer hipotermia, arritmias, hipotensão evoluindo para o choque. Analiticamente caracteriza-se por hiponatremia, hipercaliemia, hipoglicemia e acidose metabólica além da atividade da renina plasmática aumentada. O grau de perda de sal não se correlaciona com o grau de virilização.^(4,5)

O diagnóstico diferencial faz-se essencialmente com estenose hipertrófica do piloro, sepses, gastroenterite, obstrução das vias urinárias, acidose tubularrenal, intolerância a lactose e hipoplasia congênita das supra-renais.^(2,4)

A crise adrenal também pode ocorrer na forma virilizante simples, em que existe um menor compromisso da atividade enzimática, nomeadamente da produção de aldosterona. Esta situação poderá ocorrer em situações de stress (infecção, febre, diminuição da ingestão de sal).⁽¹³⁾

Além da deficiente produção de cortisol, existe aumento na produção de androgênios a partir do terceiro mês de gestação, o que provoca no sexo feminino ambiguidade genital em graus variados, desde uma discreta clitoromegalia até uma genitália externa totalmente virilizada, podendo ser indistinguível de uma do sexo masculino, a não ser pela palpação de gônadas. O desenvolvimento de ovários e úteros ocorre normalmente. Quando não há tratamento adequado, leva a virilização pós-natal progressiva, em ambos os sexos, com sinais e sintomas de evidentes de pseudo-puberdade precoce.^(5,12)

No sexo feminino há um crescimento rápido, aumento do clitóris, aparecimento de pilificação pubiana e acne. Apesar do crescimento excessivo inicial há fusão epifisária precoce, com marcada redução da estatura final. O tratamento inadequado pós-puberdade acompanha-se de excesso de andrógenos, podendo provocar infertilidade e amenorréia. A forma SV tem sido associada a síndrome de ovários policísticos.^(4,5,12)

No sexo masculino, a genitália é normal nos recém-nascidos, mas devido as altas concentrações de androgênios provoca, a partir do segundo ano, aceleração do crescimento, avanço da idade óssea, aparecimento precoce de pubarca e aumento do pênis sem correspondente aumento dos testículos. Pode ocorrer acne, engrossamento da voz, hipertrofia muscular e fusão epifisária precoce levando a baixa estatura final. Em ambos os sexos o diagnóstico tardio e o tratamento inadequado, podem levar a uma maturação do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas, com desencadeamento de uma puberdade precoce verdadeira que pode antecipar a fusão epifisária e agravar ainda mais a baixa estatura.^(4,12)

A forma não clássica, menos severa, tem início mais tardio, fora do período neonatal. Com sinais de hiperandrogenismo no final da infância, na adolescência ou no início da idade adulta, mas sem ambiguidade genital no RN.⁽¹³⁾

A sua apresentação clínica é muito variável, desde a ausência completa de sintomas até a evidência de um ou vários sinais de excesso de androgênios. Não existem alterações hidroeletrólíticas uma vez que não há déficits das linhas glicocorticoide e mineralocorticoide.⁽⁶⁾

Na infância, podem ocorrer sinais de hiperandrogenismo como pubarca precoce, acne e crescimento acelerado com

elevada estatura na infância, com idade óssea avançada (+ 2,0 desvios-padrão para idade e sexo) e encerramento precoce das epífises, comprometendo a estatura final na idade adulta.⁽²⁾

Na adolescência e idade adulta, de acordo com alguns estudos, pode ocorrer hirsutismo (59%), oligomenorreia (54%), acne (33%), infertilidade (13%), clitoromegalia (10%), alopecia (8%) ou amenorréia primária (4%).⁽¹³⁾

3.2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HSRC NO PRÉ-NATAL

O diagnóstico pode ser realizado através do estudo genético a partir de tecido das vilosidades coriônicas realizado por biópsia entre a 9 e 11ª semana de gestação ou de células do líquido amniótico através da amniocentese entre a 15ª e 18ª semana. Pode ainda ser efetuado através do doseamento de 17-OHP no líquido amniótico colhido por amniocentese, entretanto, não pode ser usado em mães que estejam medicadas com dexametasona por esta suprimir o córtex adrenal do feto, a não ser que este tratamento seja interrompido cerca de 5-7 dias antes do procedimento. O risco de abortamento com esses procedimentos é em torno de 0,5% a 1%.⁽⁵⁾

Visto tratar-se de uma doença autossômica recessiva, é indicado o aconselhamento genético quando o casal já teve um filho com HCSR ou quando um dos progenitores apresenta a doença na sua forma clássica ou não clássica. No caso de o casal já ter tido um filho com HCSR, a probabilidade de ter outros filhos serem afetados é de 25% (1/4) e a probabilidade de um filho do sexo feminino com HCSR é 12,5% (1/8).^(8,4,12)

O tratamento consiste na administração à grávida de dexametasona, devido a sua baixa ligação a transcortina, transferência placentária eficiente e meia vida mais longa, assegurando maior supressão do ACTH.⁽¹⁵⁾

A dose indicada é de 20 µg/kg/dia (de acordo com o peso pré-gestacional), até no máximo de 1,5 mg/dia dividida em 3 doses, iniciando-se antes da 8ª semana de gestação. (6)

A terapêutica deve ser interrompida quando o feto é do sexo masculino ou quando o diagnóstico pré-natal exclui a forma clássica da doença. O diagnóstico e tratamento têm por finalidade evitar ambiguidade genital nos fetos do sexo feminino e a pseudopuberdade precoce no sexo masculino, bem como os óbitos nos casos da forma PS. Devem ser feitos com consentimento informado.^(2,4)

A eficácia do tratamento é alcançada em 80-85% dos casos que as falhas são atribuídas a um início tardio do tratamento, uso irregular ou a dose insuficiente de dexametasona. Esta terapêutica pode apresentar efeitos adversos para o feto, tais como as malformações congênitas (hipertrofia dos septos cardíacos ou fendas a nível orofacial), morte fetal tardia, restrição de crescimento intrauterino, agenesia do corpo caloso, entre outras. Cerca de 10% das grávidas submetidas

a esta terapêutica, apresenta uma incidência variável de efeitos colaterais maternos como a Síndrome de Cushing iatrogênica, ganho excessivo de peso, hipertensão arterial ou diabetes gestacional.^(2,4,12)

Entre os pacientes com puberdade precoce verdadeira ou ativação completa do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, a maioria das meninas tem uma etiologia idiopática, enquanto é comumente devido à patologia no SNC (sistema nervoso central) identificável em exames de imagem em meninos. A história e o exame físico devem ser seguidos por medições de hormônio folículo estimulantes, hormônio luteinizante e testosterona (meninos) ou estradiol (meninas); teste de função tireoidiana; e radiografia de idade óssea. Ressonância magnética cerebral deve ser realizada em meninas menores de 6 anos, todos os meninos com puberdade precoce e crianças com sintomas neurológicos.⁽¹⁰⁾

O tratamento da puberdade precoce é realizado com agonistas de GnRH e o objetivo é bloquear a evolução puberal e ainda promover a regressão dos caracteres sexuais secundários, diminuir a velocidade de crescimento e a progressão da idade óssea.⁽¹⁷⁾

3.3. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO A HSRC NO PERÍODO NEONATAL

O rastreio hormonal através do doseamento de 17-OHP, não permite detectar a forma clássica nas primeiras 24 hs após o nascimento, uma vez que, a 17-OHP está elevada em todas as crianças, portanto deve ser realizado entre as 48-72 horas de vida. A prematuridade, o baixo peso e as patologias neonatais estão associados a falsos positivos e as formas mais leves de HCSR associam-se a falsos negativos como é o caso das formas não clássicas. A Sociedade Europeia de Endocrinologia recomenda a realização de rastreio neonatal em todos os recém-nascidos, o que iriapermitir diagnosticar a forma perdedora de sal que é potencialmente letal, especialmente nos de sexo masculino, uma vez que não apresentam ambiguidade genital e diagnosticar pseudopuberdade precoce e tratá-las antecipadamente. Quando se obtém um rastreio positivo (17-OHP > 0,82 ng/ml) é iniciada terapêutica e o RN é enviado para observação por uma unidade de endocrinologia pediátrica, tendo indicação, nos casos de HCSRNC, de fazer teste de estimulação com ACTH e estudo de outros hormônios, cortisol, desoxicorticosterona, 11-desoxicortisol, 17OH-pregnenolona, DHEA e androstenediona.^(5,6)

O diagnóstico diferencial da forma clássica com e sem perda de sal é difícil neste período. Frente a um recém-nascido com diagnóstico de HCSR, a conduta é introduzir glicocorticóide, acompanhar semanalmente os níveis de sódio e potássio e aguardar as dosagens da atividade plasmática da renina. Se houver alteração dos eletrólitos ou níveis elevados

de renina (>10 ng/ml/h) é necessário introduzir mineralocorticoide. Em relação à puberdade precoce, deve-se distinguir clinicamente entre puberdade precoce verdadeira, ou seja, completa ou central, e incompleta, que se refere à telarca prematura, pubarca prematura e menarca isolada.⁽¹⁸⁾

A forma perdedora de sal, pode manifestar-se desde formas mais graves com quadro de desidratação hiponatrêmica, hipercalemia, vômitos, cidose metabólica, choque hipovolêmico e morte, se não for instituído tratamento adequado, até quadros mais discretos, onde se observa baixa progressão ponderal e alterações eletrolíticas, com atividade da renina plasmática aumentada. A terapêutica da crise consiste na hidratação com reposição de sódio e na administração de hidrocortisona na dose inicial de 50 mg/m²IV, seguida da aplicação de 25 a 50 mg/m² nas 24 hs subsequentes.^(8,4)

O tratamento é mantido com acetato de cortisona 18-20 mg/m²/dia, dividido em 3 tomadas. Nas crianças com a forma PS, deve-se introduzir um mineralocorticoide, o de escolha é a 9 α -fluorhidrocortisona, na dose entre 150 a 250 μ g VO, administrada em dose única pela manhã e esses pacientes necessitam da suplementação com cloreto de sódio, 1 a 3 g/dia até os 6-12 meses de vida, após esta época, não é necessário, devendo os pais serem orientados a usar livremente o sal, de acordo com o seu desejo.^(8,4,5)

As crianças devem ser acompanhadas semanalmente durante o primeiro mês de vida e, a seguir, a cada 2 a 3 semanas para adequação da dose de mineralocorticoide, já que a sensibilidade renal a ele aumenta subitamente, podendo acarretar retenção hídrica, edema e até insuficiência cardíaca. O exame clínico deve avaliar peso, altura e pressão arterial.⁽¹⁸⁾

3.4. TRATAMENTO DA HSRC NO PERÍODO DA INFÂNCIA

Na forma clássica, os glicocorticóides são administrados em doses suficientes para suprimir parcialmente a secreção de androgêneos pela supra-renal, sem supressão total do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal e os mineralocorticóides são administrados para normalizar os desequilíbrios hidroeletrólíticos e normalizar a atividade da renina plasmática.⁽⁵⁾

A hidrocortisona é o glicocorticoide de escolha durante a infância, porque exibe menor efeito supressivo sobre o crescimento, na dose de 10-20 mg/m²/dia dividido em três tomadas diárias. Esta dose excede o nível fisiológico de secreção de cortisol, que é de 6-7mg/m²/dia nas crianças e adolescentes.⁽⁵⁾ Doses mais altas de glicocorticóides pareciam causar menor DMO, especialmente em mulheres. A prednisolona parece ter efeitos mais prejudiciais sobre a DMO do que hidrocortisona. Doses mais altas de glicocorticóides (menor proporção de androstenediona/testosterona) na adolescência pode causar menor DMO na idade adulta.⁽¹⁹⁾

Em situações de stress ligeiro a moderado (febre) a dose de manutenção deve ser aumentada ou triplicada. ^(4,5)

Glicocorticoides de maior duração de ação, como a prednisona e a dexametasona podem ser usados após a puberdade, pois há risco de inibição de crescimento da estatura final. ^(2,4,6)

O objetivo do tratamento é administrar a menor dose de glicocorticoide que permita supressão adequada dos androgênios da suprarrenal e mantenha um crescimento e desenvolvimento puberal normais. ⁽⁵⁾

Nos pacientes perdedores de sal, é recomendado a reposição com mineralocorticoide, normalmente com a administração de flurocortisona na dose entre 100 µg-200 µg/dia, ajustada de modo a manter a atividade da renina plasmática no valor intermediário normal, permitindo diminuir as necessidades de glicocorticoides. A dose do mineralocorticoide não depende do volume corporal, sendo necessário, normalmente, a administração de doses superiores na infância precoce. ⁽⁸⁻⁵⁾

A avaliação terapêutica é efetuada pela monitorização dos níveis séricos de ACTH, 17HOP (1-10ng/ml), DHEA, androstenediona e atividade da renina plasmática. Deve-se avaliar também a evolução da maturação esquelética com determinação anual da idade óssea. ^(13,4)

Quanto a correção cirúrgica da ambiguidade genital através da clitoroplastia e introitoplastia deve ser realizada precocemente, geralmente nos primeiros 12 a 18 meses de vida, com o objetivo de reduzir problemas psicossociais, permitindo uma vida sexual normal, uma vez que não existem alterações a nível dos órgãos internos. ^(4,5)

As crianças com HCSRNC podem beneficiar da terapêutica com hidrocortisona oral em baixas doses até que se complete o crescimento, caso apresentem sinais e sintomas e o objetivo é reduzir o hiperandrogenismo. Se as crianças são assintomáticas não há indicação para o tratamento. A monitorização do tratamento deve-se ter como base principalmente as concentrações séricas de androstenediona e não nas de 17OHP. ^(4,5)

3.5. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HSRC EM IDADE PÓS-PUBERAL

O diagnóstico clínico deverá ser suportado por dosagens hormonais. Os indivíduos que apresentam aumento acentuado de 17-OHP < 2,0 ng/ml são praticamente são excluídos do diagnóstico de HSRC. Já aqueles que apresentam o valor acima de 5,0ng/ml têm seu diagnóstico confirmado. Quando o valor estiver entre 2,0- 5ng/ml, deve ser efetuado o teste da estimulação com ACTH, que consiste no dosamento de 17-OHP basal, após 60 minutos da administração intravenosa de 0,25mg de ACTH. Valores de 17-OHP aos 60 minutos entre 2-10 ng/ml podem corresponder a portadores heterozigotos, valores entre 10-100 ng/ml são sugestivos de HCSRNC e valores superiores a 100 ng/ml estão relacionados a forma clás-

sica da doença. Podem ainda estar presentes outras alterações como a elevação de progesterona, 17-hidroxipregnenelona, androstenediona, testosterona, assim como excreção urinária aumentada de metabolitos da 17-OHP como o pregnanetriol. ⁽⁶⁾

Adolescentes e adultos podem ser tratados com doses baixas de hidrocortisona (10-20mg/dia em 2 doses), prednisona (5-7,5 mg/dia divididas em 2 doses) ou dexametasona (0,25mg-0,75 mg ao deitar e ou dividida em 2 doses). ^(5,6,8)

A eficácia do tratamento é monitorizada pela medição dos níveis de 17-OPH e de androstenediona, tendo sempre em conta a sua relação com a altura de administração do corticoide. Devem ser monitorados sinais de síndrome de Cushing iatrogênica, como ganho rápido de peso, hipertensão arterial, estrias violáceas e osteopenia. ⁽⁸⁾

Nos pacientes com perda de sal, está amplamente divulgado na literatura e por motivos ainda não esclarecidos, que a necessidade de mineralocorticóides decai com a idade.

O tratamento da forma não clássica da HSRC com glicocorticóides está reservado aos casos sintomáticos com esquema semelhante de administração da forma clássica. Os pacientes devem ser avaliados clínica e analiticamente pelo menos uma vez por ano. Algumas mulheres não apresentam sintomas e muitos homens apresentam-se assintomáticos. A frequência da forma não clássica entre mulheres com infertilidade ou com sintomas de hiperandrogenismo é de 1-2% e com síndrome do ovário policístico seja de 1 a 3%. ^(5,6,8)

Nas mulheres adultas sintomáticas, são indicações de tratamento: a existência de hirsutismo (quadro clínico mais comum), acne, oligomenorréia, ou infertilidade e tem como objetivo normalizar os níveis de androgênios.

A infertilidade foi adequadamente tratada com a reposição de glicocorticoides (presnisolona/ prednisona) associado a uma diminuição no risco de abortamento espontâneo. Se não há desejo de engravidar, o tratamento de primeira linha consiste na utilização de estroprogestativo e/ou antiandrogêneo, em conjunto com anticoncepcionais orais, devido aos efeitos adversos do glicocorticoides e ao fato do hirsutismo ter necessidade de um tratamento prolongado. ^(5,6)

Crianças com hiperplasia da adrenal apresentaram inteligência normal quando comparadas a população em geral. ⁽²⁰⁾

No sexo masculino portadores de HCSRNC, o tratamento é desnecessário, exceto se existir oligospermia, desejo de fertilidade ou se existir evidência de TART (testicular adrenal resttumors). ⁽⁸⁾

A monitorização deve ser realizada através de exames laboratoriais de 17OHP que deve estar acima do normal, androstenediona que deve estar ligeiramente aumentada, testosterona e de gonadotrofinas que devem ser normais. Lembrando que os níveis de testosterona estão mais relacionados a função

gonadal e não a função da suprarrenal, sendo preferível dosar a androstenediona na monitorização do tratamento.

Crianças e adolescentes com hiperplasia adrenal congênita que foram diagnosticados precocemente por um procedimento neonatal programa de triagem e tratado com hidrocortisona possuía inteligência psicométrica normal e funções executivas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hiperplasia Congênita da suprarrenal é uma doença familiar, autossômica recessiva, causada por uma deficiência hereditária de qualquer das enzimas necessárias para a síntese de cortisol, sendo mais de 90% dos casos devem-se a um déficit da 21- hidroxilase. Apresenta um largo espectro clínico que varia de uma forma severa com virilização pré-natal da genitália externa de fetos do sexo feminino e virilização pós natal em ambos os sexos, associada ou não a perda de sal, à uma forma leve em que os indivíduos permanecem assintomáticos ou desenvolvem sinais de virilização durante a infância, adolescência ou vida adulta. O diagnóstico precoce e tratamento adequados visam evitar a virilização dos genitais externos, prevenir desidratação por perda de sal, controlar o hiperandrogenismo sem afetar a velocidade de crescimento, preservar a função gonadal, fertilidade e estatura final do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Farello G, Altieri C, Cutini M, Pozzobon G, Verrotti, A. Review of the Literature on Current Changes in the Timing of Pubertal Development and the Incomplete Forms of Early Puberty. *Front Pediatr.* 2019 May 8;7:147.
2. Rego A, Mendanha S, Coelho E, Pontes M. Hiperplasia suprarrenal congênita. *Anais Consensos Nacionais em Neonatologia, Seção de Neonatologia. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Coimbra, 2004, p. 163.*
3. Ramos CCA, Bento LR, Gonçalves EM, Mello MP, Baptista MTM, Lemos-Marini SHV, Guerra-Júnior G. Avaliação do crescimento, do controle laboratorial e da corticoterapia em grupo de pacientes com a forma clássica da deficiência da 21-hidroxilase. *Rev Paul Pediatr* 2007;25(4): 317-23.
4. Vargas VMA. Hiperplasia congênita de suprarrenal forma não clássica - relato de caso: Monografia do Programa de Residência Médica em Pediatria. In: *Revista Médica.* 2002, 36(2/3). Disponível em: <https://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/36b/hiperplasia.asp> (B)
5. Vieira A, Paiva S, Baptista C, Ruas L, Silva J, Gonçalves J, Carrilho F, Carvalheiro M. Hiperplasia congênita da suprarrenal de expressão tardia por deficiência de 21- hidroxilase. *Artigo de revisão. Acta MedPort* 2011; 99-110.
6. Azevedo T, Martins T, Lemos MC, Rodrigues F. Hiperplasia congênita da suprarrenal não clássica- aspectos relevantes para a prática clínica. *Port Diabetes Metab.* 2014;9(1):59-64.
7. Xu Z, Chen W, Merke DP, McDonnell NB. Comprehensive mutation analysis of the CYP21A2 gene: an efficient multistep approach to the molecular diagnosis of congenital adrenal hyperplasia. *The Journal of Molecular Diagnostics,* 2013,15(6):745-53.
8. Madureira G, Brenha EML, Ueti RC, Inácio M, Dênis FT, Silva FAQ, Arnhold IJP, Mendonça BB. Tratamento da hiperplasia suprarrenal congênita por deficiência da 21-hidroxilase. *ArqBrasEndocrinolMetab.* 2001, 45(1):64-72. (C)
9. Treatment outcome and some affecting factors of congenital adrenal hyperplasia. *Anais 7th APPEs Biennial Scientific Meeting.* 14-17 November 2012.
10. Sarafoglou K, Lorentz CP. Molecular testing in congenital adrenal hyperplasia due to 21hydroxylase deficiency in the era of newborn screening. *Clinical Genetics.* 2012;82 64-70.
11. Cordeiro GV, Silva IN, Goulart EMA, Chagas AJ, Kater CE. Final height in congenital adrenal hyperplasia: the dilemma of hypercortisolism versus hyperandrogenism. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2013;57(2):126-31.
12. Witchel SF. Nonclassic congenital adrenal hyperplasia. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2012 Jun;19(3):151-8.
13. Cordinhã C, Morais S, Cardoso R, Ramos L, Tarborda A. Hiperplasia congênita da suprarrenal: quando o mesmo genótipo e diferentes fenótipos. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo.* 2011,1:41-6.
14. El-Maouche, D. et al. Congenital adrenal hyperplasia. *The lancet.* 2017; 390(10108): 2194-2210. (B)
15. Pezzuti IL, Barra CB. A three-year follow-up of congenital adrenal hyperplasia newborn screening. *J Pediatr.* 2014;90(3):300-7.
16. Klein DA, Emerick JE, Sylvester JE, Vogt KS. Disorders of Puberty: An Approach to Diagnosis and Management. *Am Fam Physician,* v. 96, n. 9, p: 590-599, 2017
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas puberdade precoce central. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/03/PCDT-Puberdade-Precoce-Central_08_06_2017.pdf. Acesso em 22.04.2019
18. Al-Agha AE, Ocheltree AH, Al-Tamimi MD. Association between genotype, clinical presentation, and severity of congenital adrenal hyperplasia: a review. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2012; 54:323-32.
19. Riehl G, Reisch N, Roehle R, Claahsen van der Grinten H, Falhammar H, Quinkler M. Bone mineral density and fractures in congenital adrenal hyperplasia: Findings from the dsd-LIFE study. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2019 Dec 30. doi: 10.1111/cen.14149. [Epub ahead of print]
20. Messina V, Karlsson L, Hirvikoski T, Nordenström A, Lajic S. Cognitive function of children and adolescents with congenital adrenal hyperplasia: importance of early diagnosis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism,* 2020 Mar 1;105(3). pii: dgaa016.

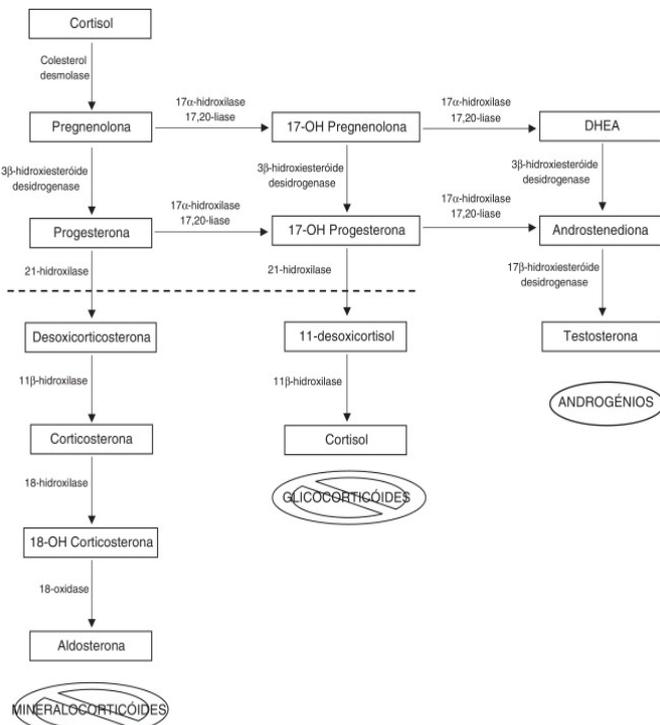


Figura 1 - Representação da esteroidogênese, salientando-se que uma deficiência da enzima 21 hidroxilase provoca um déficit de mineralocorticóides e de glicocorticóides e um excesso de androgênios. DHEA: dihidroepiandrostenediona.

Fonte: Azevedo et al., (2014)8

ADENOCARCINOMA COLORRETAL SINCRÔNICO EM PACIENTE COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR ATENUADA: RELATO DE CASO

SYNCHRONIC COLORECTAL ADENOCARCINOMA IN A PATIENT WITH ATTENUATED FAMILIAL ADENOMATOUS POLYPOSIS: CASE REPORT

ARNALDO SERGIO NERIS PEREIRA¹, DÉBORA FERNANDES BARBALHO¹, JÉSSICA JEANNE DIAS¹,
LUCIANA MORELLI CALDEIRA², MARIA ONDINA MACHADO DINIZ¹

RESUMO

Tumores sincrônicos correspondem a 1,1 – 8,1% do número total de neoplasias colorretais. A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) possui associação descrita com câncer colorretal (CCR) sincrônico, diferentemente da Polipose Adenomatosa Familiar Atenuada (PAFA) em que tal associação não é bem estabelecida. O CCR sincrônico possui maior acometimento em um segmento único do cólon, principalmente no cólon esquerdo. Neste relato, descreve-se o caso de uma paciente de 67 anos que apresentou uma associação incomum: PAFA com CCR sincrônico (adenocarcinoma de ceco e reto inferior invadindo canal anal). Evoluiu bem após tratamento cirúrgico e quimioterapia adjuvante. Este estudo também destaca os locais de acometimento apresentados pela paciente, menos frequentes nos tumores sincrônicos, além de ressaltar a importância do diagnóstico precoce, uma vez que pode modificar a extensão da abordagem cirúrgica bem como o prognóstico do paciente.

DESCRITORES: NEOPLASIAS SINCRÔNICAS; CÂNCER COLORRETAL; POLIPOSE ADENOMATOSA DO CÓLON; COLONOSCOPIA.

SUMMARY

Synchronous tumors correspond to 1.1 - 8.1% of the total number of colorectal neoplasms. Familial Adenomatous Polyposis (FAP) has an association described with synchronous colorectal cancer (CRC), unlike Attenuated Familial Adenomatous Polyposis (AFAP) in which such association is not well established. The synchronous CRC has greater involvement in a single segment of the colon, especially in the left colon. In this report, we describe the case of a 67-year-old patient who presented an unusual association: AFAP with synchronous CRC (adenocarcinoma of the cecum and inferior rectum invading the anal canal). It evolved well after surgical treatment and adjuvant chemotherapy. This study also highlights the places of affection presented by the patient, less frequent in the synchronous tumors, besides highlighting the importance of early diagnosis, since it can modify the extent of the surgical approach as well as the prognosis of the patient.

KEYWORDS: SYNCHRONOUS NEOPLASMS; COLORECTAL CANCER; ADENOMATOUS POLYPOSIS COLI, COLONOSCOPY.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é o terceiro tipo de câncer mais comum, em nível mundial, e a quarta principal causa de mortalidade relacionada ao câncer.¹ No Brasil estimam-se, para cada ano do biênio 2018 – 2019, 17.380 novos casos de CCR em homens e 18.980 em mulheres.²

O CCR é dividido em esporádico (85% dos casos) e hereditário (cerca de 15%). Este subdivide-se em: síndrome da Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e o câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC).³

O câncer sincrônico é definido como duas ou mais neoplasias distintas identificadas simultaneamente no mesmo paciente, ou um segundo tumor identificado até seis meses após o diagnóstico inicial; e não pode ser considerado metástase do tumor inicial.⁴

A PAF é uma desordem hereditária caracterizada pelo início precoce de múltiplos pólipos adenomatosos no cólon e no reto, também apresentando várias manifestações extracolônicas. A maioria dos pacientes desenvolve CCR com 35 a 40 anos de idade (caso não sejam submetidos à colectomia total

1 - Discentes do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

2 - Médica docente do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

profilática), o que representa, aproximadamente, 1% de todos os casos.⁵ Trata-se de uma síndrome autossômica dominante causada por uma mutação heterozigótica germinativa no gene APC. Mutações de “de novo” no gene APC têm sido descritas em 15 a 20% dos pacientes que não têm histórico familiar, mas que exibem mosaïcismo. Isso indica que a história familiar pode nem sempre ser sugestiva no diagnóstico.⁶

Cerca de 8% dos pacientes com PAF apresenta um fenótipo diferente, a Polipose Adenomatosa Familiar Atenuada (PAFA). Nesta os pacientes têm menos de 100 pólipos, um início tardio dos adenomas colorretais e, provavelmente, um risco de CCR reduzido ao longo da vida. Comparados aos adenomas da PAF, os adenomas em pacientes com PAFA tendem a estar localizados proximalmente à flexura esplênica e apresentam uma configuração macroscópica bastante plana.⁶

Este estudo visa relatar um caso raro de uma paciente portadora de PAF atenuada (variante da PAF menos comum, e com risco reduzido de CCR) que desenvolveu um adenocarcinoma sincrônico de ceco e reto inferior. Ressalta-se sua importância devido à restrita quantidade de dados sobre as complicações da PAF atenuada. Este estudo também se propõe a avaliar a importância do diagnóstico precoce, o impacto deste na qualidade de vida do paciente e a comparar o CCR solitário e o sincrônico com dados da literatura.

RELATO DE CASO

Paciente E.M.O.A., sexo feminino, branca, 67 anos, casada, aposentada que foi encaminhada de unidade de pronto atendimento com quadro de dor abdominal intensa, inapetência e queda do estado geral. Referia quadro de fraqueza iniciado há seis meses, com piora progressiva. Nos últimos dois meses, relatou alteração do hábito intestinal, com aumento da frequência das evacuações, fezes diarreicas com muco, e episódios esporádicos de hematoquezia. Negava disfagia, hematêmese, melena, tenesmo e incontinência. Relatou perda de peso nos últimos seis meses, mas a paciente nem a acompanhante (filha) souberam quantificar.

Quanto aos antecedentes pessoais, a paciente apresentava HAS com diagnóstico há 5 anos. G5P2A3, menopausa aos 53 anos. Foi submetida a uma histerectomia total há 15 anos devido a um mioma submucoso.

Em relação aos antecedentes familiares, a mãe faleceu aos 77 anos (há três anos) por conta de um câncer de reto. O diagnóstico foi feito com a doença avançada (metástase hepática) e não havia polipose. O pai faleceu aos 71 anos, (há oito anos) devido a Infarto agudo do miocárdio. É a filha mais velha, e atualmente possui dois irmãos vivos (irmã mais nova morreu vítima de atropelamento). Nega outro histórico de neoplasia associada.

No que diz respeito aos hábitos de vida, foi tabagista por 45 anos (1 maço/dia) e parou há 04 anos. Negou etilismo.

Dieta balanceada, com quatro refeições diárias.

Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, fâcies atípica, mucosas hipocoradas (2+/4+), desidratada (+/4+), anictérica, acianótica, afebril.

Ausência de linfonodomegalia. Peso: 49kg; altura: 1,40m e IMC: 25 kg/m²; PA 110x70 mm de Hg, FC: 76 bpm. Ausculta cardíaca e respiratória normais. Abdome: plano, sem abaulamentos à inspeção, ruídos hidroaéreos presentes, e timpanismo à percussão. Espaço de Traube livre. Dor à palpação superficial e profunda em hipogástrio e fossa ilíaca direita. Ausência de massas palpáveis ou visceromegalia. O exame proctológico mostrava inspeção normal, porém o toque retal digital mostrou esfíncter anal normotônico, com presença de lesão ulcerada, plana, consistência endurecida, localizada em canal anal; além de sangue em dedo de luva.

Durante a internação a paciente foi tratada de forma conservadora, com realização de exames laboratoriais e de imagem a fim de complementar a investigação diagnóstica. O hemograma da admissão mostrava: hemácias de 3,23; hematócrito de 23%; hemoglobina de 7,6 g/dL; RDW 16,5 (com anisocitose) e plaquetas 368.000. Realizado transfusão de hemoconcentrados e suplementação de ferro, com melhora da hemoglobina para 11,6 g/dL.

A endoscopia digestiva alta realizada mostrou apenas pangastrite, sem outras alterações significativas. A colonoscopia revelou em canal anal uma lesão endurecida ao toque da pinça, com bordas elevadas e área central deprimida, medindo aproximadamente 1,5 cm. Encontrou-se também polipose colônica, sendo 9 pólipos em reto, 16 em cólon sigmoide, 6 em cólon descendente, 9 em cólon transverso e 1 em ceco; a maioria sésseis ou pediculados, medindo entre 0,4 cm e 0,7 cm cada. Além disso, havia em cólon ascendente uma lesão ulcerada e infiltrativa, friável ao toque, endurecida, com aproximadamente 4,0 cm de extensão longitudinal, ocupando 60% da circunferência.



Figura 1: lesão ulcero-infiltrativa em cólon ascendente.

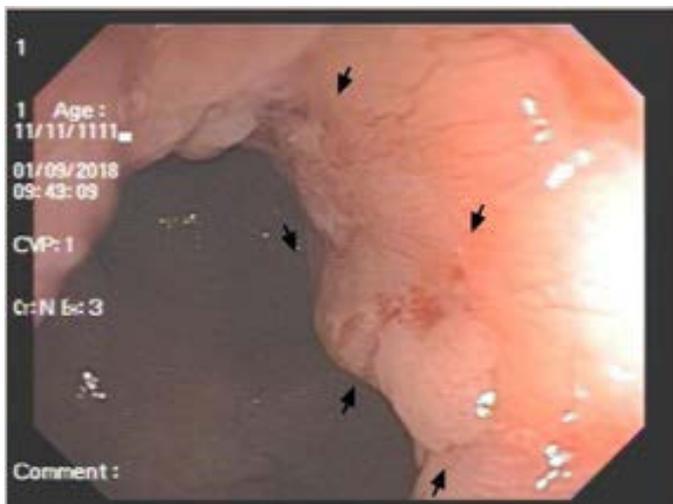


Figura 2: lesão plana, com bordas elevadas e área central deprimida localizada em canal anal.

Com relação ao histopatológico, os resultados do cólon ascendente e canal revelaram se tratar de um adenocarcinoma; e os pólipos de cólon transverso: adenoma tubular com baixo grau de displasia.

A tomografia computadorizada (TC) de tórax não apresentou alterações. A TC de abdome total evidenciou espessamento parietal concêntrico do cólon ascendente próximo à flexura hepática, associada à densificação dos planos adiposos circunjacentes e proeminência numérica de linfonodos mesentéricos regionais. Demais estruturas sem alterações.



Figura 3: TC de abdome inferior evidenciando espessamento parietal do cólon ascendente, estendendo-se até o ceco, com densificação das gorduras adjacentes e linfonomegalia adjacente.

Após melhora clínica, a paciente recebeu alta e foi encaminhada para um serviço especializado em oncologia. Foi submetida a um tratamento cirúrgico. Foi realizado proctocolectomia total, com linfadenectomias peritumorais, reconstrução perineal com retalho miocutâneo e ileostomia terminal. Os achados intraoperatórios mostravam um tumor na topografia do ceco, infiltrando parede de íleo terminal; polipose atenuada de cólon e tumor de reto inferior invadindo canal anal. Ausência de implantes peritoneais ou

hepáticos. Paciente teve evolução adequada e recebeu alta no 4º dia pós-operatório.

O anatomopatológico da peça cirúrgica do ceco tinha 4,4 cm X 1,0 cm, aspecto vegeto-infiltrante, invadindo até a subserosa e íleo terminal, com diagnóstico de adenocarcinoma padrão tubular, baixo grau (moderadamente diferenciado), margem mais próxima do tumor: 1,4 cm (íleo). A peça do reto inferior media 1,6 X 0,9 cm, invadindo até a subserosa, com diagnóstico de adenocarcinoma padrão viloso, alto grau (pouco diferenciado). Linfonodos peritumorais, margens proximal, distal e radial: livres de neoplasia.



Figura 4: Peça cirúrgica de proctocolectomia com lesão de ceco invadindo íleo terminal.



Figura 5: Peça cirúrgica de proctocolectomia com lesão em reto inferior.

O estadiamento para o tumor de ceco foi T4aN0M0, estadiamento IIB. Para o tumor de reto inferior T3N0M0, estadiamento IIA.

Em continuidade ao tratamento, paciente realizou quimioterapia adjuvante com 8 ciclos de Capecitabina, que teve seis meses de duração. A dosagem do antígeno carcinoembrionário (CEA) intraoperatório foi de 1,41 e o dos últimos dois trimestres foram de 0,81 e 0,73; respectivamente. Atualmente, 9 meses após o tratamento cirúrgico, a paciente continua em seguimento, com avaliação clínica, realização de exames periodicamente (laboratoriais a cada 3 meses; e TC de tórax, abdome e pelve a cada 6 meses) e não apresentou nova alteração. Os irmãos da paciente foram encaminhados para consulta e realização de colonoscopia, mas todas se mostraram normais.

DISCUSSÃO

A etiopatogenia da PAFA não é completamente esclarecida, porém as mutações APC e em MUTYH são responsáveis pela maioria das famílias com casos de PAFA.⁷ Geralmente, apenas um indivíduo é afetado em uma família, como aconteceu neste caso relatado.⁸

Para os pacientes dos grupos das poliposes adenomatosas familiares, o início da triagem com colonoscopia é recomendado a partir da puberdade ou quando existir sintomas de alarme como dor abdominal, sangramento retal ou diarreia crônica.⁹ Além disso, considerando o histórico familiar da paciente para CCR (mãe), a paciente deveria ter sido submetida a uma colonoscopia de triagem aos 45 anos, o que poderia ter antecipado o diagnóstico e levaria a um melhor prognóstico da doença.¹⁰

Em relação ao CCR, dados de vários estudos indicam que os tumores sincrônicos correspondem a 1,1 – 8,1% do número total de neoplasias colorretais.¹¹

Acredita-se que os carcinomas sincrônicos do cólon desenvolvam-se a partir de uma combinação de fatores ambientais e genéticos, assim como doenças associadas. Entre elas está a retocolite ulcerativa, uma doença que, juntamente com a PAF, corresponde a 10% dos tumores sincrônicos colorretais.¹² Outros fatores de risco sugeridos para o CCR sincrônico são: idade avançada, sexo masculino, câncer hereditário, hipertensão e cirrose hepática.¹³

Observa-se um maior risco de tumores sincrônicos em idosos, com idade superior a 75 anos.¹⁴ O CCR sincrônico é visto mais frequentemente nos homens. Também demonstrou-se que, quando comparado ao CCR solitário, o sincrônico apresentou maior proporção entre homens/mulheres.¹¹ A paciente do caso relatado era do sexo feminino, com idade inferior a 75 anos.

Em um grande estudo de 1995 a 2016, de Chin et al, dos 17.093 pacientes com CCR, 960 (5,6%) apresentaram CCR sincrônico. A localização principal do tumor primário era no reto, representando 38,3% dos casos, seguido de 36,8% no cólon esquerdo e 24,9% no cólon direito. A presença do CCR sincrônico em um único segmento foi de 55% (14,1% no cólon direito, 22,4% no cólon esquerdo e 18,5% no reto). Já os 45% restantes foram divididos em dois ou três segmentos: 13,0% no cólon direito e esquerdo, 9,4% no cólon direito e reto, 21,0% no cólon esquerdo e reto; e 1,6% nos três segmentos.¹³

Outro estudo de 2008 a 2013, de Bos et al, dos 41.060 pacientes com CCR, 1969 (4,8%) tinham CCR sincrônico. Considerando o grupo de dois tumores sincrônicos (1865 casos - 95%), o tumor primário tinha maior localização no cólon descendente (31%) seguido do cólon ascendente (27%), reto (22%) e cólon transversal (15%). A associação das duas neoplasias foi maior no mesmo segmento: cólon descendente

(19%) e cólon ascendente (13%). Reto e cólon ascendente representaram 6% dos casos.¹⁵

No presente estudo, a paciente do caso relatado apresentava a associação incomum de tumor primário de ceco e segunda lesão em reto inferior. Além disso, na PAFA, considerada condição rara, de acordo com a literatura, o local de maior concentração dos adenomas é a região colônica proximal à flexura esquerda do cólon. Este achado não condiz com o que foi encontrado no caso relatado, que apresenta ao todo 41 pólipos, sendo 10 proximais e 31 distais à flexura esquerda, sobretudo em cólon sigmoide.

A escolha cirúrgica depende se o acometimento ocorre em um segmento apenas, ou em locais distantes. As principais opções cirúrgicas incluem: colectomia subtotal com anastomose ileorretal (principalmente na PAFA, na qual há relativa preservação do reto) ou proctocolectomia total com ileostomia, como foi realizado no caso relatado.¹⁶

A diferença do prognóstico dos pacientes com CCR sincrônico quando comparado ao CCR solitário não é bem estabelecida na literatura. A variação dos resultados é explicada provavelmente pelos diferentes tamanhos de amostra e duração do acompanhamento.¹² No entanto, um prognóstico ruim dos sincrônicos está associado principalmente com metástase à distância, fato relativamente frequente nestes casos.¹⁷

As taxas de sobrevida esperadas de 5 anos de pacientes afetados por CCR sincrônicos também ainda são controversas. Enquanto um estudo encontrou uma maior sobrevida em pacientes com CCR sincrônico, outros demonstraram que pacientes com tumores únicos de cólon são mais propensos a sobreviver.^{19,20}

Apesar de ainda não existir uma estratégia ideal de seguimento pós-tratamento dos pacientes com CCR objetivando o risco de recorrência, está bem estabelecido que existe benefício em se realizar um acompanhamento com dosagem sérica de CEA ou tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve; mesmo que a combinação destas duas estratégias quando comparadas isoladamente não mostre diferença significativa.²¹

O CCR sincrônico em associação com PAF atenuada é um caso incomum, principalmente quanto aos locais de acometimento: ceco e reto inferior. A colonoscopia é o método ideal para o diagnóstico inicial em pacientes com fatores de risco para neoplasias colorretais e síndromes polipoides.

A identificação precoce do CCR sincrônico é fundamental uma vez que pode modificar a extensão do procedimento cirúrgico. A localização do CCR sincrônico é mais comum em um único segmento, predominando no cólon esquerdo. O diagnóstico tardio favorece a progressão das lesões, levando a um câncer avançado, reduzindo assim a probabilidade de cura no tempo de detecção.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018- Incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA. 2017. p. 130.
3. Cotti G, Santos F, Sebastianes F, Habr-Gama A, Seid V, Martino R. Genética do câncer colorretal. *Rev Med (São Paulo)*. 2000;79(24):45-64.
4. Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors: a survey of the literature and a statistical study. *Am J Cancer* 1932;16:1358-414.
5. Ma H, Brosens L, Offerhaus G, Giardiello F, de Leng W, Montgomery E. Pathology and genetics of hereditary colorectal cancer. *Pathology*. 2018;50(1):49- 59.
6. Kanth P, Grimmert J, Champine M, Burt R, Samadder NJ. Hereditary Colorectal Polyposis and Cancer Syndromes: A Primer on Diagnosis and Management. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(10):1509-25.
7. Nielsen M, Hes FJ, Nagengast FM, Weiss MM, Mathus-Vliegen EM, Morreau H, Breuning MH, Wijnen JT, Tops CM, Vasen HF. Germline mutations in APC and MUTYH are responsible for the majority of families with attenuated familial adenomatous polyposis. *Clinical Genetics Clin Genet*. 2007 May; 71(5):427-33.
8. Burt RW, Leppert MF, Slattery ML, Samowitz WS, Spirio LN, Kerber RA, Kuwada SK, Neklason DW, Disario JA, Lyon E, Hughes JP, Chey WY, White RL. Genetic testing and phenotype in a large kindred with attenuated familial adenomatous polyposis. *Gastroenterology*. 2004 Aug; 127(2):444-51.
9. Syngal S, Brand RE, Church JM, Giardiello FM, Hampel HL, Burt RW. American College of Gastroenterology. ACG clinical guideline: Genetic testing and management of hereditary gastrointestinal cancer syndromes. *Am J Gastroenterol*. 2015 Feb;110(2):223-62.
10. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, Etzioni R, McKenna MT, Oeffinger KC, Shih YT, Walter LC, Andrews KS, Brawley OW, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Siegel RL, Wender RC, Smith RA. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2018 Jul;68(4):250- 281.
11. King-Yin Lam A, Sze-Yan Chan S, Leung M. Synchronous colorectal cancer: Clinical, pathological and molecular implications. *World J Gastroenterol* 2014; 20(22): 6815-6820.
12. Lam AK, Carmichael R, Gertraud Buettner P, Gopalan V, Ho YH, Siu S. Clinicopathological significance of synchronous carcinoma in colorectal cancer. *The American Journal of Surgery*. 2011;202(1):39-44.
13. Chin C-C, Kuo Y-H, Chiang J-M. Synchronous colorectal carcinoma: predisposing factors and characteristics. *Colorectal Dis*. 2019 Apr;21(4):432-440.
14. Latournerie M, Jooste V, Cottet V, Lepage C, Faivre J, Bouvier AM. Epidemiology and prognosis of synchronous colorectal cancers. *Br J Surg* 2008; 95: 1528-1533.
15. Bos ACRK, Matthijsen RA, van Erning FN, van Oijen MGH, Rutten HJT, Lemmens VEPP. Treatment and outcome of synchronous colorectal carcinomas: a nationwide study. *Ann Surg Oncol*. 2018;25:414-421.
16. Kayaalp C, Ifiik S, Akbaba S, Neffiar G, Oymaci E, Seven C. Restorative proctocolectomy for familial adenomatous polyposis coexisting with colorectal cancer. *Turkish J Gastroenterol*. 2005;16(1):44-7.
17. Noshio K, Kure S, Irahara N, Shima K, Baba Y, Spiegelman D, Meyerhardt JA, Giovannucci EL, Fuchs CS, Ogino S. A prospective cohort study shows unique epigenetic, genetic, and prognostic features of synchronous colorectal cancers. *Gastroenterology* 2009;137:1609-1620.e1-3.
18. Copeland EM, Jones RS, Miller LD. Multiple colon neoplasms. Prognostic and therapeutic implications. *Arch Surg* 1969;98:141-143.
19. Oya M, Takahashi S, Okuyama T, Yamaguchi M, Ueda Y. Synchronous colorectal carcinoma: clinico-pathological features and prognosis. *Jpn J Clin Oncol* 2003;33:38-43.
20. Enker WE, Dragacevic S. Multiple carcinomas of the large bowel: a natural experiment in etiology and pathogenesis. *Ann Surg* 1978;187:8-11.
21. Primrose JN, Perera R, Gray A, Rose P, Fuller A, Corkhill A, George S, Mant D. Effect of 3 to 5 years of scheduled CEA and CT follow up to detect recurrence of colorectal cancer: the FACS randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 311: 263- 270.

SÍNDROME DO DENTE COROADO: RELATO DE CASO

CROWNED TOOTH SYNDROME: CASE REPORT

PAOLLA MACHADO COTRIM¹, ARIANE DE SOUZA CORDEIRO¹, LORRAINE BRANQUINHO FERREIRA¹, CAROLINE CARDOSO COELHO¹, LUCAS MATHEUS REIS¹, FABIANO INÁCIO DE SOUZA², FREDERICO BARRA DE MORAES².

RESUMO

Objetivo desse trabalho é relatar um caso raro de paciente com dor anterior no pescoço, cervicalgia importante, onde foi diagnosticada condrocalcinose ao redor do odontoide, caracterizando a Síndrome do Dente Coroado (SDC). A SDC possui um bom prognóstico. Pacientes não responsivos podem se beneficiar de doses moderadas de esteróides. As manifestações possuem uma sobreposição às da osteoartrite primária, uma vez que ambas são comuns em idosos. Além disso, algumas pistas radiográficas que diferenciam da osteoartrite primária são: osteófitos tipo gancho; envolvimento do esqueleto axial; estreitamento do espaço articular no punho e joelho, com calcificação meniscal; e grave destruição articular. O principal diagnóstico diferencial é a artrite reumatoide, mas pode ser também confundida com abscesso cervical. Paciente 75 anos, médico, etilista crônico, refere que ao ingerir grande quantidade de vinho e alimentação rica em proteínas por três dias, iniciou quadro de dor intensa (EVA 10) na coluna cervical não relacionado a trauma ou má postura ou esforço físico, principalmente na região anterior do pescoço irradiando para região posterior e occipital além de posição antálgica em rotação de 30o graus para direita. A SDC pode cursar com depósitos de cristais em região do processo odontoide na vértebra C2 (áxis). Assim, a artropatia por pirofosfato de cálcio está clinicamente associada a episódios agudos de mono ou oligoartrite, chamados de pseudogota, envolvendo grandes articulações, sendo mais comum em joelhos, ombros, quadril e coluna. Há resposta inflamatória intensa aos cristais de pirofosfato de cálcio acarretando calor, eritema e edema em torno da articulação afetada. A doença também pode manifestar-se na forma crônica caracterizada por artralgia discreta ou rigidez articular.

DESCRITORES: SÍNDROME DO DENTE COROADO; ARTRITE REUMATOIDE; CONDRICALCINOSE; PSEUDOGOTA.

ABSTRACT

The aim of this paper is to report a rare case of a patient with anterior neck pain, with significant neck pain, who was diagnosed with chondrocalcinosis around the odontoid, characterizing the Crowned Tooth Syndrome (CTS). CTS has a good prognosis. Unresponsive patients may benefit from moderate doses of steroids. The manifestations overlap with those of primary osteoarthritis, since both are common in old age. In addition, some radiographic clues that differentiate from primary osteoarthritis: hook-like osteophytes; axial skeleton involvement; narrowing of the radiocarpal or knee joint space, with meniscal calcification; and severe joint destruction. The main differential diagnosis is rheumatoid arthritis but can be misdiagnosed with cervical abscess. Patient 75 years old, doctor, chronic alcoholism, there was a great ingestion of wine and high protein diet for three days, he started to present severe pain (VAS 10) in the cervical spine not related to trauma or poor posture or physical exertion, mainly in the anterior region of the neck, radiating to the posterior and occipital region, in addition to an antalgic position rotating 30 degrees to right. In the CTS we can find crystals deposits in the odontoid process region in the C2 vertebra (axis). Thus, calcium pyrophosphate arthropathy is clinically associated with acute episodes of mono or oligoarthritis, called pseudogout, involving large joints, most commonly in knees, shoulder, hips and spine. There is intense inflammatory response to calcium pyrophosphate crystals causing heat, erythema and edema around the affected joint. The disease may also manifest itself in chronic form characterized by mild arthralgia or joint stiffness.

KEYWORDS: CROWNED TOOTH SYNDROME; RHEUMATOID ARTHRITIS; CHONDROCALCINOSIS; PSEUDOGOUT.

INTRODUÇÃO

A priori, a condrocalcinose articular foi primeiramente descrita por McCarty, Kohn e Faires, em 1962, como entidade nosológica de expressão clínica semelhante à da gota clássica, diferindo apenas por implicações etiopatogênicas, razão pela qual foi denominada de “pseudogota”. Examinando líquidos sinoviais (LS) de doentes supostamente gotosos, McCarty e Hollander puderam verificar a existência de cristais morfolo-

gicamente diferentes dos de urato monossódico, cristais esses que não eram digeridos pela uricase e se apresentavam com uma birrefringência positiva fraca à luz de microscopia polarizada compensada, portanto, diferente dos cristais de urato que exibiam uma birrefringência negativa forte. Examinados à difração pelo raio X, foram identificados como cristais de pirofosfato de cálcio (do inglês, calcium pyrophosphate dihydrate deposition – CPPD)¹.

1 - Acadêmico(a) de Medicina da UNIFAN, Liga de Ortopedia e Traumatologia

2 - Professor adjunto de Ortopedia e Traumatologia da FM/UFG e da FM/UNIFAN.

Compreende-se que a Síndrome do Dente Coroado representa apenas 1,9% das causas de cervicálgia. Possui um bom prognóstico. Pacientes não responsivos podem se beneficiar de doses moderadas de esteróides. As manifestações possuem uma sobreposição às da osteoartrite primária, uma vez que ambas são comuns na idade avançada. Além disso, algumas pistas radiográficas que diferenciam da osteoartrite primária são: osteófitos tipo gancho; envolvimento do esqueleto axial; estreitamento do espaço articular radiocarpal ou do joelho, com calcificação meniscal; e grave destruição articular².

Ademais, a hemocromatose hereditária (HH) é uma doença de caráter autossômico recessivo que se desenvolve em indivíduos heterozigóticos, caracterizada pelo aumento da quantidade de ferro no organismo e acúmulo nos tecidos, ocasionando em lesão tecidual e até mesmo em morte. A hemocromatose pode se manifestar de duas formas, onde a primeira ocorre uma mutação gênica desencadeando o acúmulo progressivo do ferro, e a segunda forma é adquirida, provocada por doenças ou fatores ambientais. Assim, é uma patologia complexa, podendo acarretar várias complicações ao organismo, tanto de maneira hereditária quanto adquirida, porém a prática de suplementação de ferro medicamentoso é muito comum atualmente, visto que os alimentos já possuem bastante ferro³.

Outrossim, nota-se que a doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio (CPPD) é uma artropatia que se pode apresentar sob as formas esporádica, familiar ou relacionada com outras patologias e/ou condições, como por exemplo na hemocromatose, ou no hiperparatiroidismo. A forma esporádica, sendo mais frequente, é geralmente encontrada em indivíduos com mais de 65 anos de idade. Clinicamente, as suas formas de apresentação são variadas, onde encontramos casos familiares, com maior frequência, quadros de poliartrite mimetizando a artrite reumatoide, enquanto as formas esporádicas, se sintomáticas, assumem geralmente, características demono/oligoartrites recorrentes⁴.

Dessa forma, o objetivo desse trabalho é relatar um caso raro de um paciente dor anterior no pescoço, com cervicálgia importante, onde foi diagnosticado a condrocalcinose ao redor do odontoide, caracterizando a Síndrome do Dente Coroado.

RELATO DE CASO

Paciente 75 anos, médico, aposentado, procedente de Goiânia, etilista crônico, refere que participou de festa de 50 anos de formatura da sua turma no Rio de Janeiro, onde houve grande ingesta de vinho e alimentação rica em proteínas. Após três dias de festa iniciou quadro de dor intensa (EVA 10) na coluna cervical não relacionado a trauma ou má postura ou esforço físico, principalmente na região anterior do pescoço irradiando para região posterior e occipital além de posição antálgica em rotação de 30º para direita.

Foi na emergência de um pronto socorro de ortopedia no Rio de Janeiro com radiografia de coluna cervical sem alterações significativas. Foi feita a hipótese de um torcicolo muscular, sendo indicado pelo colega o uso de colar cervical de espuma, ciclobenzaprina 5 mg de 12/12h, betametasona 1 ml IM 1 vez, e metadona 5 mg VO 12/12h.

Retornou dois dias após para Goiânia sem melhora do quadro de dor, indo diretamente ao pronto socorro de neurocirurgia, onde foi realizado uma Ressonância Magnética que evidenciou protrusões discais cervicais difusas, pequenas, de C4 a C7, com artrose facetária posterior nesse nível, com eixo cervical mantido em lordose e sem compressão medular, além de processo inflamatório leve entre C1 e C2 na região do odontoide.

Foi realizado então medicação EV com Dipirona 2 ml, Tilatil 40 mg e Morfina 2 mg, com melhora parcial de 30% da dor (EVA 7), sendo encaminhado para procedimento neurocirúrgico de infiltração facetária posterior, bloqueio radicular cervical e rizotomia. Porém, paciente resolveu ter uma terceira opinião sobre o caso, onde veio procurar outro serviço de ortopedia. Foi realizada a hipótese de uma doença reumatológica inflamatória na coluna cervical alta entre C1 e C2 devido ao quadro clínico do paciente. Paciente negava episódios prévios de dor articular.

As hipóteses foram de artrite reumatoide ou de condrocalcinose (pseudogota), sendo então solicitado uma Tomografia Computadorizada (TC) da coluna cervical, que evidenciou uma calcificação dos ligamentos. Segundo o laudo da TC é uma calcificação dos ligamentos periodontoides notadamente no ligamento transversal do atlas, parte do ligamento cruciforme compatível com Síndrome do Dente Coroado (SDC) (figura 1).

Com esse novo dado, foi feita a hipótese de uma artropatia inflamatória aguda por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio. Foram então solicitados exames de sangue com Hemograma normal (o que não favorece o diagnóstico de abscesso), VHS: 96 (VR: 10-20), PCR: 26 (VR: 0,5-1) (o que favorece o diagnóstico de um processo inflamatório agudo), ácido úrico normal (o que não favorece o diagnóstico de gota), PTH e vitamina D normais (o que não favorece o diagnóstico de hiperparatiroidismo) e ferritina alta - 696 (VR: 100-300) (o que favorece o diagnóstico de hemocromatose).

Paciente foi então medicado com Oxidodona de 20 mg VO de 12/12h no lugar da metadona, Naproxeno 500 mg VO 12/12h e Dexacitoneurim IM, com alívio da dor já com 50% após uma semana (EVA 3). Paciente foi encaminhado ao hematologista para tratamento da ferritina alta. Foi indicado também acupuntura e fisioterapia. Paciente apresentava ainda diminuição da densidade mineral óssea com T-escore = -1,7 no rádio 33% (figura 2), que foi tratada com risedronato 150 mg VO 1x por mês, além de suplementos de citrato de cálcio 500 mg VO ao dia e vitamina D 2000 UI VO ao dia.

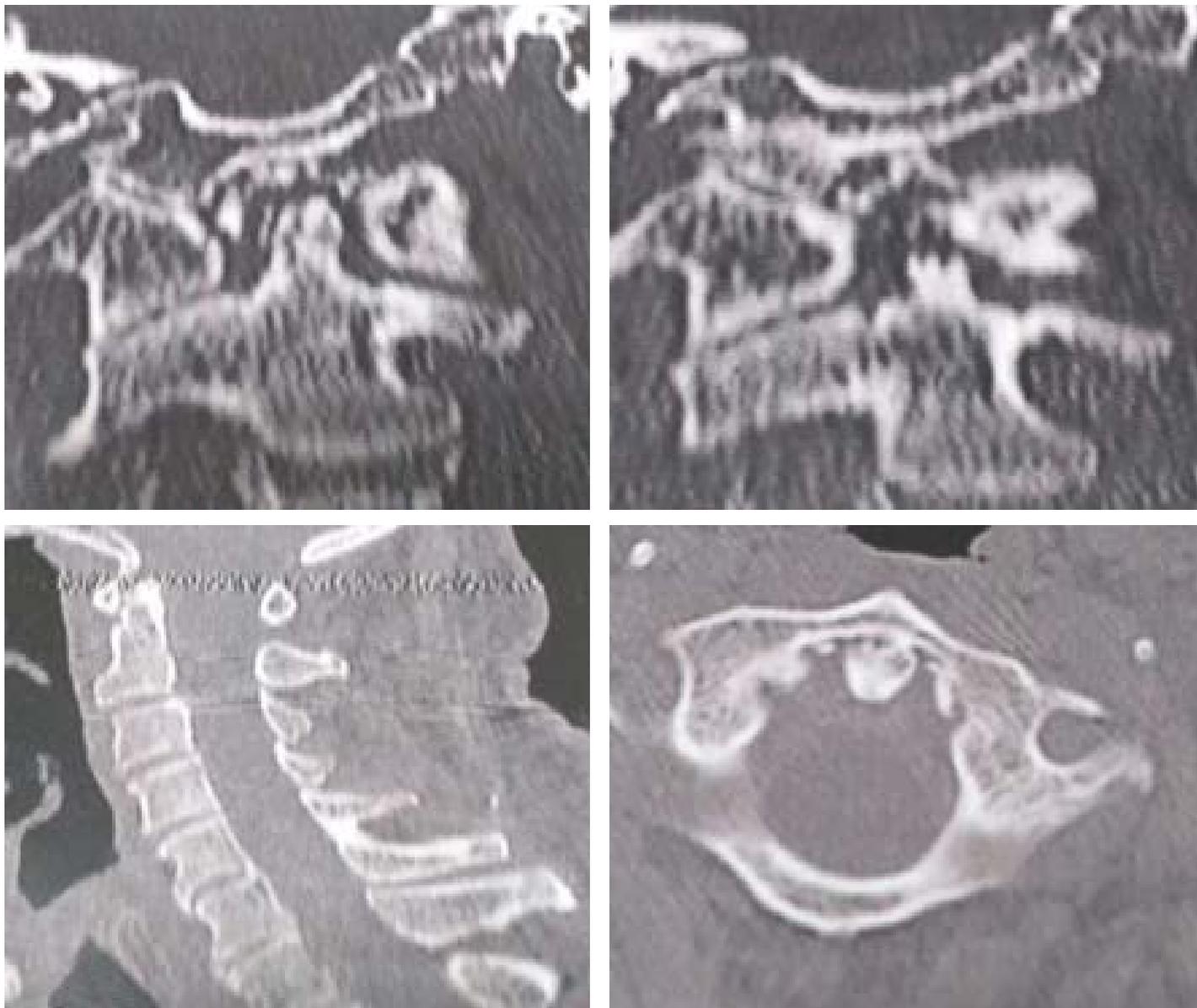


Figura 1 - Tomografia computadorizada da coluna cervical, cortes coronal (A e B), sagital (C), e axial (D), evidenciam calcificação dos ligamentos periodontoides notadamente no ligamento transverso do atlas, parte do ligamento cruciforme, compatível com Síndrome do Dente Coroado.

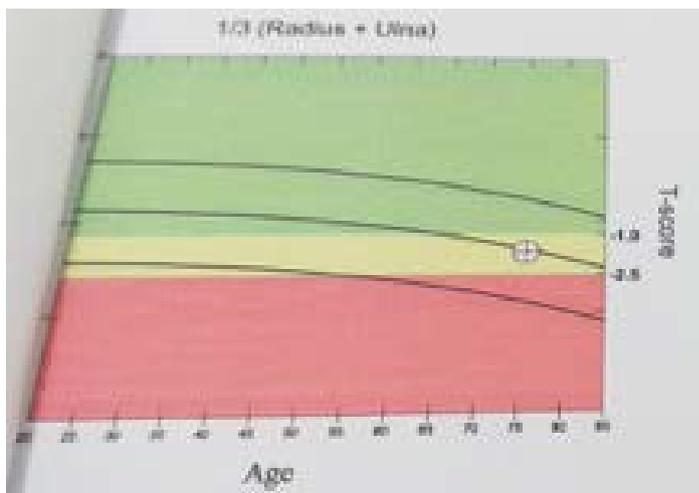
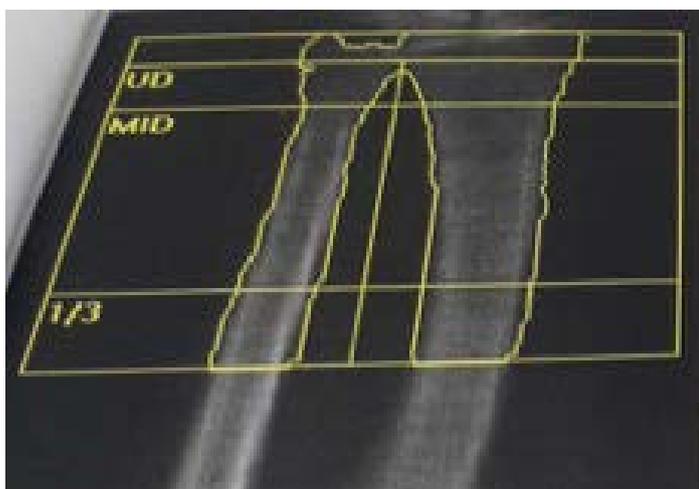


Figura 2 – Densitometria óssea do antebraço evidenciando osteopenia.

DISCUSSÃO

A Doença de Deposição de Pirofosfato de Cálcio (DDPC) apresenta amplo espectro clínico, podendo cursar com depósito desses cristais em região do processo odontoide na vértebra C2 (áxis), também podendo ser chamada de Síndrome do Dente Coroado. Assim, a artropatia por pirofosfato de cálcio está clinicamente associada a episódios agudos de mono ou oligoartrite, chamados de pseudogota, envolvendo grandes articulações, sendo mais comum em joelhos, punhos e tornozelos. Há resposta inflamatória intensa aos cristais de pirofosfato de cálcio acarretando calor, eritema e edema em torno da articulação afetada. A doença também pode manifestar-se na forma crônica caracterizada por artralgia discreta ou rigidez articular. Os sinais e sintomas englobam cervicalgia aguda (100%), rigidez de pescoço (98%) e febre (80,4%). Acomete em igual proporção os sexos, com idade média de 71,4 anos. Dessa maneira, sabe-se que a confirmação diagnóstica é realizada pela Tomografia Computadorizada (TC) de C1-C2, visualizando-se a deposição de cálcio em forma de coroa na articulação atlantoaxial².

Contudo, a artrite reumatoide (AR) é uma das doenças inflamatórias sistêmica, crônica e progressiva mais comumente relatadas, o qual apresenta etiologia desconhecida, sendo sugerida uma conotação multifatorial. Acomete aproximadamente 1% da população mundial, sendo que as mulheres são afetadas três vezes mais do que os homens. O diagnóstico da AR é estabelecido considerando-se achados clínicos e exames complementares, ou seja, nenhum teste isolado, seja laboratorial, de imagem ou histopatológico, confirma o diagnóstico. Desse modo, observa-se que as manifestações clínicas da AR podem ter início em qualquer idade, embora sejam observadas com mais frequência na quarta ou quinta década de vida. Entretanto, compreende-se que a AR pode se manifestar de forma bastante variável, desde manifestações mais brandas, de menor duração, até uma poliartrite progressiva e destrutiva, associada a vasculite e outras manifestações extra-articulares, como febre, astenia, fadiga, mialgia e perda ponderal que podem preceder ou acompanhar o início das manifestações articulares⁵.

Além disso, a condrocalcinose é a segunda principal causa de doença por deposição de cristais. Porém, não se encontra na literatura a relação entre a prevalência em homens e mulheres, sabendo que as calcificações meniscais são mais comuns que na cartilagem hialina. Pode ser assintomática, estar associada à sinovite aguda (pseudogota) ou a alterações estruturais (artrose rapidamente progressiva), levando, em alguns casos, à incapacidade física. Muitos fatores podem influenciar a deposição do cristal, no entanto, destaca-se a importância da idade no processo de alteração da cartilagem normal ou o dano ao tecido local, relacionado à doença ar-

ticular preexistente como causa de deposição do cristal; isso ocorreria por alteração da concentração dos proteoglicanos e dos fatores de inibição e pelo aumento do “turnover” do fosfato inorgânico. Outrossim, é importante relatar que a formação de cristais de pirofosfato de cálcio é um processo extracelular, ocorrendo na zona intermediária da cartilagem hialina, o qual existe uma perda precoce de proteoglicanos e condrocitos. Inicialmente sugeriam que os depósitos eram exclusivamente intra-articulares, mas atualmente sabe-se que podem ser encontrados em sítios extra-articulares como ligamento amarelo, dedos, pavilhões auriculares e tecidos para-articulares. Dessa maneira, o pirofosfato inorgânico (PPI) é o componente aniônico do cristal de CPPD, então a sua presença é fundamental para a formação desses cristais. Contudo, os níveis plasmático e urinário de PPI não estão elevados em pacientes com doença por deposição de CPPD, entretanto a concentração de PPI no líquido sinovial está elevado na maioria das articulações acometidas por tal doença⁶.

Acondrocalcinose é uma situação clínica decorrente da deposição de cristais de pirofosfato de cálcio em cartilagens, particularmente de articulações, cujo quadro clínico é caracterizado por uma artrite aguda recorrente ou, raramente, crônica que usualmente envolve grandes articulações, principalmente de joelhos e quadris. Pode estar associada a uma ampla variedade de enfermidades metabólicas como hiperparatireoidismo, hemocromatose, doença de Wilson, hipotireoidismo, hipofosfatemia, hipomagnesemia. Entretanto, a maior parte dos casos é esporádica, sem doença subjacente ou predisposição familiar⁷.

Além disso, o hiperparatireoidismo primário (HPP) é uma doença metabólica decorrente da hiperfunção autônoma de uma ou mais das glândulas paratireoideas, resultando em um aumento progressivo do nível sérico do hormônio paratireoideo (PTH) e do cálcio. Entre as manifestações musculoesqueléticas, encontramos sintomas fibromiálgicos, fraqueza muscular, fadiga, mialgias e artralguas, gota, pseudogota e condrocalcinose. Sob o ponto de vista osteometabólico, observa-se dor óssea difusa, osteoporose e em casos avançados a osteíte fibrosa cística. Estudos epidemiológicos sugerem que pacientes com HPP tenham um aumento do índice de fraturas por fragilidade em vários locais do esqueleto⁸.

Em relação ao tratamento da hemocromatose, o principal meio realizado é com sangria, onde há remoção de 450 a 500 mL de sangue, o que leva à retirada de 200 a 250 mg de ferro. Recomenda-se a realização de uma flebotomia semanal, embora o intervalo possa variar de acordo com a tolerabilidade do paciente ao procedimento. A duração do tratamento pode variar de semanas a meses, dependendo da quantidade de ferro em excesso e da tolerância do doente ao tratamento. Assim, as sangrias devem ser mantidas até a obtenção da depleção

do ferro, o que geralmente ocorre quando há o aparecimento de anemia microcítica (Hb \pm 11 g/dL e volume corpuscular médio menor que 75 fL). A partir desse quadro, a concentração da Hb circulante precisa ser mantida dentro dos valores de normalidade, e a flebotomia deve ser realizada em intervalos apropriados, com intuito de se manterem os valores de ferritina sérica entre 100 e 200 ng/mL. Para isso, recomenda-se, em média, a realização anual de quatro a seis sangrias nos homens, e de duas a quatro nas mulheres, embora alguns indivíduos possam requerer um número maior do procedimento⁹.

A frequência das sangrias deve ser estabelecida para manter o nível sérico de ferritina <50 ng/L, o que geralmente requer um procedimento a cada 2 a 4 meses. Recomenda-se controle da ferritina sérica a cada 02 sangrias e perfil completo de ferro a cada 06 meses¹⁰.

Além disso, de acordo com o consenso internacional sobre HH organizado pela Associação Européia para o Estudo do Fígado não é satisfatório realizar a adoção de dieta estritamente pobre em ferro, mas recomenda que os pacientes devam evitar alimentos com alto teor do metal (tais como carne vermelha e fígado - ricas fontes de ferro ligado ao heme), suplementos de ferro e vitamina C (que aumenta a absorção intestinal de ferro), bebidas alcoólicas (que podem acelerar o dano hepático) e frutos do mar (principalmente ostras cruas), responsáveis por casos de infecções fatais geradas por sua contaminação com *Vibrio vulnificus* em pacientes com HH¹¹.

Ademais, nota-se que o deferisirox é quelante do ferro, administrado por via oral, e possui uma molécula trivalente, ou seja, são necessárias duas de suas moléculas para se ligar a uma molécula de ferro. O ferro, após ser quelado, é excretado através das fezes, e sua eficácia é proporcional à dose administrada. Possui meia vida plasmática prolongada, comparada a de outros quelantes, sendo eficaz até 24h, mesmo em concentrações baixas. Os principais efeitos colaterais são distúrbios gastrointestinais, erupção cutânea, aumento de creatinina e das transaminases. Efeitos colaterais geralmente associados são alterações gastrointestinais e sintomas articulares. A deferoxamina (DFO) é um quelante do ferro, de alto custo, e sua administração é por infusão subcutânea, menos eficaz do que os outros, pois só excreta 20 a 90 mg de ferro diariamente. Existem também efeitos colaterais como infecções por *Yersinia sp* e lesões retinianas e de nervo acústico. Geralmente, é mais usada como coadjuvante das flebotomias em alguns pacientes com cardiopatia ou naqueles que não toleram a flebotomia. A DFO tem uma molécula hexavalente que vai se ligar no ferro proporcionalmente sendo 1:1. Sua absorção gastrintestinal é mínima quando é administrada por via oral, por isso, deve ser administrada via subcutânea ou intravenosa¹².

Dessa maneira, o tratamento que instruímos para esse paciente foram os anti-inflamatórios, uma vez que é o que mais

notamos resultados na melhora do quadro desses pacientes, além de trocarmos o opioide (a Metadona que é uma medicação mais para compressão de nervos, além de atuar em quadros de dores neuropática, o que não era o caso do paciente), já a Oxidodona e Morfina são mais para dor noceptiva. Porém, após um mês de uso de Opioides o paciente se encontra obstipado, o qual começou a usar Bisacodil 5 mg mais Docusato de sódio 60 mg, regularizando o ritmo intestinal.

Corroborando com os nossos achados, um estudo com pacientes que receberam opioides para tratamento paliativo da dor, observou-se que a constipação ocorreu em mais da metade dos pacientes, sendo quase sempre persistente, mesmo com o uso de laxativos. De forma contrária, por meio de uma observação comum, em um ambulatório da dor de um hospital de referência no tratamento do câncer na região Norte/Nordeste, durante intervenções de médicos e residentes multiprofissionais à pacientes em uso de opioides, percebeu-se uma associação positiva entre a adesão aos tratamentos e a reabilitação intestinal¹³.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferrari ALV, Samara AM. Condrocálcinose articular difusa. *Revista Einstein*, 2008; 6 (1): 68-73.
2. Hayashi SK, Martins RD, Canossa VS, Da Cunha JPP, Paiva E. Cervicalgia aguda limitante em paciente idosa. *Revista Médica da UFPR*, 2017; 4 (1): 47-50.
3. Almeida MMC, Moreno BM, Cavalcante GHO. Efeito da hemocromatose no perfil lipídico, hepático e glicêmico em ratos da linhagem Wistar. *Journal of Medicine and Health Promotion*, 2018; 3 (3): 1036-43.
4. Ambrósio C, Garcia J, Salvador MJ, Malcata A. Condrocálcinose familiar: uma história para dois irmãos. *Acta Reumatologia*, 2008; 33: 352-6.
5. Conceição JS, Sinhorim LMB, Martins TB, Araújo FGS. Abordagem fisioterapêutica de pacientes com artrite reumatoide: revisão de literatura. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 2015; 22 (1): 14-20.
6. Mardegan LC. Cristais de pirofosfato de cálcio e osteoartrite de joelhos. (pós-graduação) 2008. Acesso em 10 de setembro de 2019. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313685/1/Mardegan_LucianaCalvo_M.pdf
7. Santiago MB, Galvão L, Lima I, Prado L, Moura M. Condrocálcinose Articular Familiar. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 2004; 44 (4): 305-7.
8. Shinjo SK, Pereira RMR, Borssatto AGF, Kochen JAL. Manifestações musculoesqueléticas no hiperparatireoidismo primário. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 2009; 49 (6): 703-11.
9. Cançado RD, Chiattonne CS. Visão atual da hemocromatose hereditária. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 2010; 32 (6): 469-75.
10. Hospital Israelita Albert Einstein. Protocolo de Diagnóstico e Conduta na Hemocromatose Hereditária. Acesso em 02 de outubro de 2019. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docupload/1340103190Diagnostico_%20conduta_Hemocromatose_Hereditaria.pdf
11. Souza AFM, Carvalho Filho RJ, Chebli F. Hemocromatose Hereditária: relato de caso e revisão da literatura. *Arquivos de Gastroenterologia*, 2001; 38: 3.
12. Souto NLR, Pugliesi PR, Lopes ICR. Hemocromatose hereditária: revisão de literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2016; 26: 1791-8.
13. Lima MB, Pereira MCA. Constipação intestinal em pacientes tratados com opioides: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira Promoção da Saúde*, 2017; 30: 2.



ABRACE

CADA MOMENTO DA
VIDA COM LIBERDADE
E SEGURANÇA.

LOGGIA

»»» SEGURO VIDA MULHER

O Seguro Vida Mulher do Sicoob foi criado especialmente para proteger você e quem você ama. Além de oferecer as coberturas tradicionais por morte e invalidez, que resguardam o conforto de sua família, o Seguro Vida Mulher do Sicoob oferece proteção financeira para você em vida, em casos de doenças graves. Confira alguns benefícios:

- **Indenização em caso de invalidez permanente.**
- **Indenização em caso de morte natural ou acidental.**
- **Indenização em caso de doenças graves.**
- **Assistência funeral.**

Central de Relacionamento:
Centro-Oeste e Norte: (62) 3221-2000
Sudeste: 0800 777 1136

  sicoobunicentrobrasileira

Somos feitos
de valores.

 **SICOOB**
Faça parte.

sicoob.com.br

Central de Relacionamento Sicoob Seguros - Atendimento 24 horas - Capitais e regiões metropolitanas: 3003 5262 - Demais localidades: 0800 725 8285
Ouvidoria: 0800 725 0996 - de segunda a sexta, das 8h às 20h - ouvidoriasicoob.com.br | Deficientes auditivos ou de fala: 0800 940 0458 - de segunda a sexta, das 8h às 20h.

Seguro de Vida Mulher: plano garantido por Sicoob Seguradora de Vida e Previdência S.A. CNPJ 26.314.512/0001-16. Processo Susep 15414.901289/2016-67.



Associação Médica de Goiás

Av. Portugal, nº 1.148,

Ed. Órion Business & Health Complex,
15º andar, Setor Marista, Goiânia-GO.

CEP: 74.150-030 62 3285-6111

www.amg.org.br